

REINALDO PEREIRA DA CRUZ

**A PERTINÊNCIA DE UM TRABALHO PRECAVIDO PELA PSICANÁLISE
PARA UMA SAÚDE MENTAL COLETIVA: INTERCESSÃO PESQUISA**

**ASSIS
2021**

REINALDO PEREIRA DA CRUZ

**A PERTINÊNCIA DE UM TRABALHO PRECAVIDO PELA PSICANÁLISE
PARA UMA SAÚDE MENTAL COLETIVA: INTERCESSÃO PESQUISA**

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

Orientador: Gustavo Henrique
Dionísio

ASSIS

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Laura Akie Saito Inafuko - CRB 8/9116

C957p Cruz, Reinaldo Pereira da
A pertinência de um trabalho precavido pela psicanálise
para uma saúde mental coletiva: intercessão pesquisa /
Reinaldo Pereira da Cruz. Assis, 2021.
105 f.

Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual Paulista
(UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Dr. Gustavo Henrique Dionísio

1. Psicanálise. 2. Atenção psicossocial. 3. Intercessão-
pesquisa. 4. Saúde subjetividade. I. Título.

CDD 616.8917



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Assis



CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

**TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: A PERTINÊNCIA DE UM TRABALHO PRECAVIDO PELA PSICANÁLISE
PARA UMA SAÚDE MENTAL COLETIVA: INTERCESSÃO PESQUISA**

AUTOR: REINALDO PEREIRA DA CRUZ

ORIENTADOR: GUSTAVO HENRIQUE DIONISIO

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em PSICOLOGIA, área:
Psicologia e Sociedade pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. GUSTAVO HENRIQUE DIONISIO (Participação Virtual)
Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/Assis

Prof. Dr. SILVIO JOSÉ BENELLI (Participação Virtual)
Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/Assis

Profa. Dra. CLARISSA METZGER (Participação Virtual)
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde / PUC/São Paulo

Assis, 05 de março de 2021

AGRADECIMENTOS

A *Abílio da Costa-Rosa*, por suas aulas, orientações, pela seriedade e rigor na transmissão da psicanálise, por toda obra que se confunde com a própria vida. Agradeço sua trajetória inspiradora que me ensinou que “(h)avidadura” e que não há nada desfavorável o suficiente a ponto de fazer frente ao desejo. Sobretudo, obrigado pelos momentos que antecediam, interrompiam ou sucediam o trabalho, por todo “papo furado”, em que, justamente por ser assim, cabia muita coisa. Sua presença e sua ausência estarão para sempre aqui.

A *Gustavo Henrique Dionísio*, sem o qual a vida precisaria ser muito criativa para me “abrir os olhos”. Obrigado por me (re)apresentar a psicanálise e assim permitir meu parto e minhas primeiras palavras. Agradeço por sua transmissão se dar em vários espaços e diversas transferências com tanto rigor, eloquência e paixão. E claro, obrigado por aceitar essa herança e orientar esse trabalho.

Nesse percurso tive a honra trabalhar com a orientação de duas referências pra mim, que me contagiaram e detêm há muito tempo minha admiração e meu afeto. Me permito a ousadia de chamá-los de amigos!

Agradeço à banca de qualificação e de defesa. Obrigado, Silvio José Benelli e Clarissa Metzger, pela generosidade do tempo, pela leitura atenta e pelas contribuições oferecidas com gentileza a esse trabalho.

Aos amigos e interlocutores que estiveram presentes durante o percurso; correndo o risco da indelicadeza de não citar alguém aqui, preciso dizer alguns nomes:

A Silvio Benelli (mais uma vez e outras tantas), obrigado pela transmissão, disponibilidade, minúcia e acolhimento;

A Maico Fernando Costa, o notável. Agradeço pela presença na labuta, na alegria e principalmente na dor da partida do “véio”, meu amigo;

À Michele Marino, obrigado, minha querida, pelas partilhas, cafés virtuais e incontáveis e afetivas ligações;

A José Guilherme Passarinho, com um canto afinado por aí (sua dissertação precisa ser lida!), obrigado, camarada;

A Matheus Mancuso Garça, meu irmão. As razões são muitas e faltariam páginas;

Aos caros Willian Penante e Kwame Yonatan: uma ligação, um áudio, a Atenção que fizeram toda diferença;

A Andreza Buzaid e Roberto Gallina, porque a amizade de vocês é uma gentileza da vida;

Aos estudantes de psicologia que me permitiram o lisonjeio da docência, tal qual a Deivis Perez e ao Abílio (novamente) por confiarem e autorizarem as primeiras aulas;

A Diego Cassiano e Soraia Hussein pelo trabalho impecável nas secretarias dos Departamentos de Psicologia Social e Psicologia Clínica, respectivamente, da FCL – Assis;

Aos trabalhadores (técnicos e usuários) dos estabelecimentos de Atenção em que trabalhei nesse período;

Ao querido Renan Camargo pela leitura e revisão desse texto.

Agradeço aos pacientes que me autorizam sustentar meu desejo;

Aos amigos de trabalho na Clínica Guanás: Napoleão dos Santos, Fátima Gonçalves, Karla Ribeiro, Célia Fiorini e Doralice Pereira.

A Maria Inês Alves, que me permitiu a primeira experiência de análise, levada a cabo. Sua importância é tremenda pra mim.

A Cibele di Battista Brandão, que sustenta dignamente a posição de psicanalista na minha aventura de análise. Imprescindível!

Ao Bidu e ao Romeu, por me ensinarem o amor e a fidelidade canina;

A Carla Andrade, porque “o seu amor me cura de uma loucura qualquer”. Obrigado por me ensinar tanto sobre obstinação, criatividade e delicadeza, dentre outras coisas;

Ao Sr. Ariston, meu pai. Sua partida precoce não se deu antes de me garantir o amor e as condições pra desejar até hoje. Te amo. E à minha mãe, dona Diva, que já não me falava de amor, “essa palavra de luxo”, mas, ainda que a decadência da memória tentasse lhe impor, não se esquecia de mim em seus gestos indiscretos de afeto. Meus pais que por sua vida severina me permitiram poder escolher as minhas lutas: Obrigado!

Ao Amor, que convecionamos chamar de Deus.

Enfim, a todos os intercessores. O que importa são eles.

De um a outro ponto, naveguei sem conhecer o rumo,
atirando no que via para frequentemente acertar no que
não via e daí me reorientar. Assim, larguei da Europa, dos
amores de lá, e desembarquei aqui.

Betty Milan

CRUZ, Reinaldo Pereira da. **A pertinência de um trabalho precavido pela psicanálise para uma saúde mental coletiva: intercessão pesquisa**. 2021. 105 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2021.

RESUMO

A presente dissertação consiste na reflexão e busca de formalização da práxis de um trabalho de Intercessão-Pesquisa realizado enquanto trabalhador psicólogo em estabelecimentos públicos que oferecem Atenção em Saúde Mental, a saber: um Ambulatório de Saúde Mental e uma Unidade Básica de Saúde em um município de médio porte do interior paulista; e também a partir da posição de docente e supervisor de graduandos de psicologia enquanto estagiários atuando em estabelecimentos da Instituição de Saúde Mental. Precavidos pela psicanálise, sobretudo do campo de Freud e de Lacan, mas não só, também pelo Materialismo Histórico Dialético, pela Análise Institucional e pela Filosofia da Diferença, pilares do Dispositivo Intercessor, sustentamos uma práxis que nos permitiu perceber que embora a Reforma Psiquiátrica e a proposta de construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) representem importantes avanços no campo das práticas em Saúde Mental, persiste hegemônico o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, sintônico ao Modo Capitalista de Produção. Entretanto, em luta pela hegemonia, nas brechas do instituído, resistem trabalhadores que buscam se orientar pelo Paradigma Psicossocial, caracterizado por ser radicalmente transdisciplinar, baseado em um modo de produção cooperado e produtor de saúdessubjetividades singularizadas. Uma vez que o PPHM se fortaleceu por meio da estratégia da remedicalização da psiquiatria e da desvalorização das contribuições psicanalíticas para o campo da Saúde Mental, concluímos que o fortalecimento do PPS passa pela reinclusão da psicanálise em seus fundamentos éticos e políticos a fim de operar uma subversão na Atenção oferecida e assim contribuir para a consolidação de uma Saúde Mental essencialmente coletiva.

Palavras-chave: Intercessão-pesquisa. Psicanálise. Saúdessubjetividade. Atenção psicossocial.

CRUZ, Reinaldo Pereira da. **The benefit of a work based on psychoanalysis for collective mental state: mediation research**. 2021. 105 f. Thesis (Master's Degree in Psychology). – São Paulo State University (UNESP), School of Sciences and Languages, Assis, 2021.

ABSTRACT

This thesis consists of a depiction and a reflection of a mediation-research project performed as a psychologist in public facilities providing Mental Health Care: an outpatient clinic and a health center in a medium-size municipality in Western São Paulo. The research is performed from the perspective of a lecturer and supervisor of Psychology students doing internships at mental health institutions. Based on the psychoanalytical theory, especially Freud and Lacan, as well as the dialectic materialism, the institutional analysis and the philosophy of difference, the foundations of the mediation device, the author defends the praxis that indicated the hegemonic persistence of the Hospital-centered Medicalizing Psychiatric Paradigm (HMPP), aligned to the capitalist mode of production, even though the psychiatric reforms and the establishment of Psychosocial Care Networks (RAPS in Portuguese) have achieved significant advancements in the area of healthcare practices. However, struggling for hegemony, the Psychosocial Paradigm (PSP) resists in the breaches of the established paradigm, being essentially transdisciplinary, leaned on a cooperative mode of production dedicated to product singularized health and subjectivities. Since the HMPP has been strengthened with the remedicalization of psychiatry and the underestimation of psychoanalytic contributions, we concluded that the strengthening of the PSP goes through the re-inclusion of psychoanalysis in its ethical and political foundations to perform a subversion in healthcare and to contribute for the establishment of an essentially collective health care.

Keywords: Mediation-research. Psychoanalysis. "Healthsubjectivity". Psychosocial care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DA – Discurso do Analista

DH – Discurso da Histeria

DI – Dispositivo Intercessor

DImpc – Dispositivo Intercessor como Modo de Produção do “conhecimento”

DM – Discurso do Mestre

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DU – Discurso da Universidade

MCP – Modo Capitalista de Produção

MCoP – Modo Cooperado de Produção

PEH – Estratégia de Hegemonia

PPHM – Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador

PPS – Paradigma Psicossocial

PTS – Projetos Terapêuticos Singulares

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RPb – Reforma Psiquiátrica brasileira

SMC – Saúde Mental Coletiva

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
CAPÍTULO 1. A PERTINÊNCIA DO DISPOSITIVO INTERCESSOR COMO MODO DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL COLETIVA	20
1.1 O dispositivo de trabalho	20
1.2 Os paradigmas dominante e emergente na ciência	22
1.3 As características do dispositivo.....	25
1.4 O tempo de <i>circare</i> : o Dispositivo Intercessor como Modo de Produção do Conhecimento	30
CAPÍTULO 2. A PRODUÇÃO DE SAUDESSUBJETIVIDADES.....	34
2.1 Os paradigmas na Atenção ao sofrimento psíquico.....	37
2.1.1 O paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador.....	37
2.1.2 O paradigma psicossocial	49
CAPÍTULO 3. EXPERIÊNCIAS DE INTERCESSÃO.....	60
3.1 Uma concepção específica de sujeito e suas consequências.....	66
3.3 A tática dos grupos psicoterapêuticos psicanalíticos como possibilidade de recepção-escuta.....	75
3.3.1 Dos grupos de recepção ao grupo psicoterapêutico.....	77
3.4 Uma forma particular de relação com os sujeitos e a Instituição	83
SÍNTESE CONCLUSIVA.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99

APRESENTAÇÃO

Pouco menos de um ano havia se passado da nossa inserção no equipamento ambulatorial de saúde mental enquanto estagiários do curso de graduação em psicologia. Cumpríamos uma das atividades de estágio obrigatório da graduação, e no nosso itinerário estava incluída a oferta de grupos psicoterapêuticos psicanalíticos aos usuários do estabelecimento. Para podermos compreender a lógica institucional e nos apresentarmos como uma possibilidade de encaminhamento dos usuários por parte dos trabalhadores, éramos convidados a participar das reuniões de equipe.

Somavam-se dezenas de tímidas participações nossas nas reuniões semanais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), realizadas religiosamente às quartas-feiras. Chegávamos e nos acomodávamos em nossas cadeiras: profissionais concursados sentavam-se próximos à ponta da mesa que ficava próxima à porta de entrada; aprimorandos(as) e estagiários(as), na outra ponta próxima ao fundo da sala; e havia dois ou três lugares reservados no vértice da entrada, dos quais um era destinado à coordenadora de Saúde Mental do município, e os outros aos (às) psiquiatras que, quando presentes, pareciam sempre apressados, sobrecarregados de receitas e prontuários para, aparentemente, passarem os olhos, carimbar e assinar. A reunião não começava ou não acontecia sem a presença da coordenadora, ou sem sua prévia autorização, e parecia haver um regozijo por parte da equipe de trabalhadores por poder contar com a palavra de autoridade dos médicos.

Nossa presença tímida e por vezes silenciosa, justiça seja feita, não decorria de qualquer falta de boa vontade da equipe conosco, pelo contrário; mas parecíamos por nós mesmos pouco autorizados a nos manifestar. Talvez em decorrência da clássica e difundida ideia de que na prática a teoria é outra, enunciado que denuncia o abismo da ciência moderna entre pensar/fazer, teoria/prática. Ou ainda porque a estrutura ali deixava implícita a gradação de validade dos argumentos ditos. O saber competente autorizava e desautorizava os dizeres.

Não estávamos a sós em nossa timidez: psicólogos, enfermeiros e técnicos nos acompanhavam quando casos ditos complexos eram apresentados

pelos psiquiatras. E, curiosamente, quase nunca víamos um usuário participar dessas reuniões. Elas eram, inclusive, interrompidas quando um deles adentrava a sala para buscar algum material de oficina. Havia um constrangimento com a presença de alguém que não estivesse na condição de servidor/funcionário público e de técnico/trabalhador.

Naquele dia em específico, a sala de reunião estava mais povoada. Participavam conosco uma psicóloga e uma assistente social de um Centro de Referência em Assistência Social (CRAS)¹ do município. Os psiquiatras não estavam presentes. Havia um falatório atípico e não parecia que a participação das trabalhadoras do CRAS se tratava de uma visita sem importância.

Logo no início da reunião suas presenças foram justificadas. “Nós viemos aqui para pedir uma (sic) ajuda de vocês”, diziam elas. O CRAS em questão estava responsável havia dois anos por uma família composta por uma avó e duas crianças: uma menina de onze anos, Eva², e um menino de seis, que moravam na mesma casa; além da mãe das crianças que, devido ao vício em crack, havia perdido a guarda dos filhos e encontrava-se em situação de rua. A mãe não era autorizada por sua mãe, a avó das crianças, a conviver com a família. Sobre o pai não detinham informações. As trabalhadoras contavam que havia dois anos que a avó procurara a ajuda do CRAS reclamando de um comportamento agressivo e violento da neta, tanto em casa quanto na escola; também alegava que a menina fugia frequentemente da moradia.

Depois de diversas tentativas, segundo elas, de solucionar o caso, em decorrência das agressões que a avó sofria, decidiram encaminhar a menina para internação em um dispositivo institucional cuja finalidade era de abrigo de longa permanência para crianças em situação de vulnerabilidade social. Eva não passava mais que alguns dias no estabelecimento antes de fugir e retornar à casa da avó, que tentava contê-la, e onde as agressões se repetiam.

Com a mediação do CRAS, Eva recebeu atendimento psiquiátrico e intervenções medicamentosas, mas não respondia adequadamente ao tratamento, quer dizer, não havia a esperada remissão de seus sintomas. Com

¹ O CRAS é um equipamento institucional do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), política pública brasileira, de 2005, que organiza ações de proteção social para pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade social ou em situação de risco; em outras palavras assiste àqueles que sofrem diretamente os efeitos lesivos da organização social capitalista.

² Nome fictício que adotamos para preservar a identidade da criança.

isso, decidiram solicitar autorização judicial para encaminhá-la à internação em um hospital psiquiátrico infantil, cerca de cem quilômetros distante do município em que estávamos. O período de reclusão durou aproximadamente seis meses.

Avisada da internação, a mãe decidiu se mudar para o município em que estava a filha, visitando-a, como era permitido, a cada quinze dias. Ao final desses seis meses os médicos do hospital perceberam uma melhora vertiginosa do quadro psicopatológico da criança e decidiram lhe dar alta.

Eva retornou à casa da avó, e em pouco tempo voltou a apresentar os mesmos sintomas que justificaram sua internação. A avó procurou novamente o CRAS e, alegando precisar de uma intervenção, solicitou que a neta retornasse à internação, porque a menina teria *enlouquecido* uma vez mais.

Essa era a razão da presença das trabalhadoras do CRAS na reunião da RAPS: vieram em busca de um laudo ou qualquer outro instrumento que justificasse junto ao judiciário, resistente à ideia de uma nova internação, a necessidade de tutelar Eva ao estabelecimento psiquiátrico uma segunda vez.

Ao final da explanação das trabalhadoras do CRAS, um silêncio sepulcral tomou o ambiente, como se não houvesse recursos para solucionar o problema, mas esse silêncio fora interrompido rapidamente por uma das trabalhadoras da Saúde Mental: “Que pena! Logo hoje os doutores não puderam participar da reunião”. Seguiu-se a essa fala uma agitação sobre quais argumentos poderiam garantir a aprovação judicial para intervenção solicitada. Timidamente, comentários que desvelavam certo assombro com a situação podiam ser ouvidos. E, mais timidamente ainda, outros que questionavam quais outras possibilidades haveria além da internação.

Entre os estagiários e aprimorandos pairava um sentimento de desconsolo. Nós, que acompanhávamos aulas cheias de verve sobre a luta antimanicomial e os movimentos de desinstitucionalização, estávamos atônitos naquela situação e cochichávamos: “Como é possível que a única alternativa seja internar essa criança?”. Particularmente, sentia-me angustiado, tremendo internamente. Lembrava-me, além das célebres aulas sobre Saúde Coletiva, Reforma Psiquiátrica e políticas de humanização, das discussões psicanalíticas sobre a formação do sintoma como uma solução de compromisso, dos conceitos de privação, delinquência e tendência antissocial em Winnicott (2000; 2005),

as ideias de ganho secundário, reflexões que não pareciam ocupar os pensamentos da equipe.

A discussão do caso tendia ao fim, e a solução alcançada não era outra, senão aguardar a vinda dos psiquiatras para que produzissem um documento contundente que garantiria a terapêutica supostamente efetiva: a internação. Foi quando, pouco confiante de que seria escutado, perguntei: “Será que a melhora da Eva não foi motivada pela presença da mãe?”. À minha pergunta seguiu-se um novo momento de silêncio, cortado prontamente por um questionamento de uma colega de reunião: “Como assim?”.

Mal via quem tinha feito a pergunta, mas percebia ser escutado atentamente por todas, o que me encorajou a seguir: “Bem, se quando a Eva estava internada recebia frequentemente a visita da mãe, o que não acontecia quando estava na casa da avó ou no abrigo institucional, de repente a melhora não se deva apenas às intervenções técnicas ou medicamentosas recebidas no hospital, mas, sobretudo, ao efeito terapêutico que tinha as visitas que a mãe fazia, tal qual um benefício secundário, entendem?” Uma das colegas de estágio se arriscou a endossar a minha hipótese: dizia ela que para Eva poderia valer o preço de estar internada se tivesse, em contrapartida, acesso à mãe³.

Nossas indagações surtiram efeito! De nossa impotência enquanto equipe, que resultaria na demanda exclusiva ao saber psiquiátrico de internação para Eva, passamos a discussões de possibilidades outras para solucionar a situação. Em seguida, perguntaram: “E o que vocês sugerem?” Ao que respondi: “Poderíamos tentar conversar com a avó e ver se ela autorizaria a mãe visitar as crianças de vez em quando e avaliamos os efeitos”.

Nossa sugestão foi aceita. A circunstância nos favorecia, afinal não havia o saber psiquiátrico materialmente presente ali e a instância superior, o judiciário, não se convenceria senão por um laudo desse calibre. Além de que havia uma consistência teórica no que propúnhamos, a suposição de saber nos autores que citamos, e isso validava nosso argumento.

³Um exemplo da bibliografia em que encontramos caso semelhante às questões do caso relatado pode ser encontrado em Rozemberg e Minayo (2001): as autoras apresentam e discutem um caso que permite perceber a importância política e ética de buscar a superação dos reducionismos na abordagem dos problemas relacionados com o tema da saúde/doença, visando uma amplitude transdisciplinar.

Assim, a estratégia do projeto terapêutico de Eva foi delineada ali pela equipe da RAPS, à qual, naquele momento, estávamos por direito incluídos, e pelas trabalhadoras do CRAS.

Honestamente, gostaria de seguir afirmando que o vínculo da mãe com a criança fora reestabelecido e, conseqüentemente, os sintomas agressivos remitidos, e que isso houvesse produzido um abandono das drogas pela mãe. Porém, não tivemos notícias posteriores que nos permitissem essa afirmação; entretanto, houve, de fato, uma possibilidade de abertura. Se as trabalhadoras da assistência social nos procuraram para que Eva fosse autenticada como doente, modo recorrente da demanda em saúde mental (LACAN, 1966/2001), nós nos propusemos a provocar, à moda psicanalítica, a passagem da problemática de uma questão resposta à uma questão pergunta (QUINET, 2009). Dito de outro modo, nós ousamos questionar o que era instituído, inspirando, por conseqüência, a se pensar em alternativas. Não sabemos o desfecho da situação, mas as trabalhadoras do CRAS saíram da reunião com um novo repertório para experimentarem, e nós, sem nos darmos conta, tínhamos acabado de operar uma intercessão: havíamos desmedicalizado a demanda (TENÓRIO, 2000) e sustentado uma linha de fuga para Eva.

Por meio dessa intercessão, não só fora aberto um campo de possibilidades para a menina ou para família em questão, mas também para nós. O presente trabalho é um atestado disso. A experiência de estágio em questão, esse episódio, e as demais vivências no ambulatório de saúde mental foram a protogênese dos trabalhos que originaram essa dissertação de mestrado.

A partir da inserção nos dispositivos institucionais⁴ de saúde mental, a saber: Ambulatórios de Saúde Mental e Unidades Básicas de Saúde, a partir dos efeitos de nossas intercessões e interessados sobre o que poderíamos, precavidos pela psicanálise, produzir na práxis dos estabelecimentos, passamos

⁴ Para esclarecimento, trataremos os locais de oferta e cuidado em saúde mental, sejam eles os ambulatórios, os centros de Atenção psicossocial (CAPS) ou as unidades básicas de saúde (UBS), ora como dispositivos institucionais ora como estabelecimentos. Não os nomearemos como instituições, pois, como será melhor detalhado no capítulo 1, entendemos instituição como “um conjunto de saberes e práticas articulados por um discurso de tipo ideológico (lacunar)” (COSTA-ROSA, 2000). Portanto, tomamos enquanto instituição o discurso ideológico sobre saúde mental, que consiste num plano abstrato. Assim, nesse texto, saúde mental seria a instituição; e os locais em que se materializa – CAPS, ambulatório, UBS, hospital psiquiátrico, etc. – seriam os dispositivos institucionais ou equipamentos.

a elaborar perguntas simples⁵: *por que, apesar dos movimentos reformistas da psiquiatria, da luta antimanicomial e das políticas de humanização, a Atenção⁶ oferecida em saúde mental estava centrada no saber psiquiátrico, e os outros trabalhadores psicólogos, enfermeiros, técnicos aparentemente detinham um conhecimento de valor inferior? Por que os usuários não participavam diretamente da produção de seus projetos terapêuticos singulares e tampouco das reuniões de gestão do estabelecimento? Por que os estabelecimentos tinham listas de espera intermináveis?*

A formulação dessas perguntas deu o impulso necessário para que o trabalho pudesse atravessar a experiência de estágio, incluindo nossa atuação como psicólogo em unidade básica de saúde, pela atuação como supervisor de estágio de graduandos em psicologia, até a formalização neste texto dos saberes construídos na práxis em tais vivências.

Essa dissertação apresenta o nosso esmero “de tratar o real pelo simbólico” (LACAN, 2008, p.14), quer dizer, é efeito do encontro das percepções possíveis através do trabalho nessas variadas atribuições com os dispositivos institucionais públicos de saúde mental, ao longo de quatro anos, e das reflexões teóricas e conceituais que esse labor exigiu.

Partimos da constatação de que não há, senão, uma relação intrínseca entre teoria e prática. Ou seja, será sempre uma não sem a outra. Isso quer dizer que em todo trabalho há teorias subjacentes, estejam elas explícitas ou não, que podem ser detectadas e esclarecidas para que tenhamos um panorama de onde se está, o que se faz, o porquê se faz e as possíveis consequências das ações (BENELLI, 2019; 2021).

Para tanto, exige-se a reflexão, o estudo dos documentos, de bibliografias, da literatura, que possam ajudar o trabalhador a situar-se no campo de atuação profissional. No entanto, não é comum que os estabelecimentos institucionais incluam tais pesquisas, leituras, estudos, produções de textos ou

⁵ Segundo Santos (1988), a elaboração de perguntas simples é fundamental para um processo de produção de conhecimento em contextos difíceis de entender ou quando se pretendem transições paradigmáticas. E, para Stengers (1989), nas perguntas simples está a possibilidade de recomplexificar determinadas realidades em que um saber mostra-se, apesar de improdutivo, cristalizado.

⁶ Assim como encontramos em Costa-Rosa (2013), utilizaremos o termo “Atenção” com inicial maiúscula para designar o conjunto de ações também nomeados como cuidados ou tratamentos, propostos no campo da saúde mental.

tampouco debates na sua rotina normal de funcionamento. Quando acontecem, as reuniões de equipe limitam-se a formalidades e burocracias que embora necessárias, não bastam.

Para os trabalhadores das políticas públicas, fica evidente como são insuficientes, quando não raras, as ofertas de formação permanente, de formação em serviço, de cursos de capacitação, cursos de aprimoramento profissional, as supervisões institucionais ou o apoio matricial (CUNHA; CAMPOS, 2011). O tempo de estudo não é considerado, como deveria, imprescindível e parte integrante das horas semanais de trabalho profissional que precisaria ser realizado nos estabelecimentos assistenciais. Assim, os problemas institucionais também exigem soluções que são da ordem da política.

Contudo, em oposição a essa lógica está o nosso trabalho de intercessão-pesquisa. Enquanto trabalhador psicossocial, operando no plano microfísico dos estabelecimentos institucionais e, em um segundo momento, inserido formalmente em um Programa de Pós-Graduação, dedicamo-nos a produzir uma reflexão acadêmica sobre nossa experiência: não sobre sujeitos tomados como objetos ou sobre objetos institucionais, mas debater, questionar e revisar nossa própria práxis, analisando e problematizando minhas implicações institucionais (BENELLI, 2021), uma vez que todo conhecimento é também autoconhecimento (SANTOS, 1988; 2000; 2007).

“Levamos, de preferência, nossa psicanálise conosco e, imediatamente, ela nos dirige para pontos bem localizados, denomináveis, da práxis” (LACAN, 2008, p. 14). Destacamos a expressão “de preferência” pois esse trabalho porta, sobretudo, as contribuições que a psicanálise do campo de Freud-Lacan pode trazer à Atenção psicossocial; porém, e é preciso dizer, não só. Em nosso trabalho, também estávamos precavidos pelo materialismo histórico, pela análise institucional e pela filosofia da diferença.

A multirreferencialidade que adotamos se deve à compreensão de que a complexidade da práxis nos exige perspectivas transdisciplinares para podermos abordar distintos problemas e vários planos analíticos a fim nos orientarmos. Porém, não confundimos multirreferencialidade com ecletismo.

O ecletismo permite que o trabalhador adote, de modo indiscriminado, todos os métodos, técnicas e crenças disponíveis, utilizando tudo aquilo que lhe parecer mais adequado para resolver os problemas que aparecerem. Nesse sentido, “o eclético lança mão de tudo, sem rigor

e sem compromissos, a partir de um plano de compreensão que, este, nunca é questionado: o do senso comum. É neste nível do senso comum que o eclético acha que 'no fundo' existe uma unidade entre as teorias e sistemas, que as técnicas e instrumentos se complementam, que eles as avaliam, que eles supõem identificar as necessidades de seus clientes, etc. (FIGUEIREDO, 2009, p. 19) (BENELLI, 2020, p. 156).

Ao ampararmo-nos nesses saberes, percebemos que

todas elas apresentam aspectos singulares específicos e, eventualmente, pontos de possíveis homologias, para além de toda e qualquer tentativa grosseira de uniformização eclética. Arriscamos mesmo que talvez tais possibilidades teóricas representem, fundamentalmente, planos de análises distintos e suplementares: talvez elas não sejam alternativas umas às outras, nem mesmo complementares, mas em sua singularidade original, podem oferecer abordagens suplementares da realidade, sem pretensão de esgotá-la ou reduzi-la indevidamente (BENELLI, 2020, p. 165).

Esse esforço é resultado do que chamamos de intercessão-pesquisa, produto do dispositivo intercessor como modo de produção de conhecimento.

O dispositivo intercessor (DI) consiste numa formulação original do Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa, psicanalista e analista institucional, docente do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade da Faculdade de Ciências e Letras, Câmpus de Assis, Universidade Estadual Paulista (UNESP). Em contínua construção o DI é tecido atualmente pelos integrantes do Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividadeessaúde (LATIPPSS)⁷.

Erigido na Atenção psicossocial, o DI dissemina-se através dos trabalhadores que dele tiveram notícias, operando nos estabelecimentos institucionais de Saúde Mental e de Assistência Social, e servindo, em um segundo momento, como meio de reflexão para a produção de novos produtos de conhecimento apresentados em dezenas de artigos e trabalhos acadêmicos. Estrategicamente, para situar o leitor, dedicamos o primeiro capítulo dessa dissertação para explicitar o DI.

⁷ A "Carta de fundação do Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e "Subjetividadeessaúde" (LATIPPSS)" escrita pelo Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa, bem como trabalhos inéditos sobre o dispositivo intercessor, foram publicados num número especial da Revista de Psicologia da UNESP, organizado pelo coletivo do Laboratório em 2019, disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/issue/view/88>.

Seguida essa apresentação do que poderíamos chamar de método, no capítulo seguinte apresentamos e discutimos, a partir de uma leitura paradigmática, os modos de produção de Atenção nos equipamentos de saúde mental e sua relação com a produção de subjetividades⁸. Demonstramos que vigoram dois paradigmas alternativos no campo da saúde mental: o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e o Paradigma Psicossocial (PPS), e descrevemos suas principais características e diferenças.

O capítulo terceiro comporta as reflexões sobre nossas intercessões desnvolidas em diversos estabelecimentos de Saúde. Apresentamos e discutimos a importância da reapropriação do próprio trabalho a partir do coletivo – buscando superar a alienação e subverter a dinâmica do trabalho explorado – para efetivação de uma Saúde Mental rigorosamente alinhada com os princípios do Paradigma Psicossocial e vigorosamente crítica e subversiva com relação às práticas tutelares. Para tanto, sustentamos a pertinência de que a psicanálise possa compor, juntamente com outros operadores teóricos, técnicos, políticos e éticos importantes, o repertório dos trabalhadores da SMC.

Por fim, tecemos e costuramos as discussões conclusivas dessa intercessão-pesquisa.

⁸ Compreendemos subjetividade como os “modos de ser, sentir, pensar e agir constitutivos do sujeito em um determinado momento histórico” (BENELLI; COSTA-ROSA, 2003, p.46) ou ainda “como sistema organizado de símbolos que almeja cobrir a totalidade de uma experiência, animá-la, dar-lhe sentido” (LACAN, 2010, p.61).

CAPÍTULO 1. A PERTINÊNCIA DO DISPOSITIVO INTERCESSOR COMO MODO DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL COLETIVA

As direções, as aberturas, que são trazidas para vocês, sobre nossa experiência e nossa prática, são feitas para inspirá-los a prolongá-las numa ação concreta (LACAN, 1985, p. 58).

1.1 O dispositivo de trabalho

Para submeter à academia um trabalho constituído a partir do dispositivo intercessor, um modo de produção de conhecimento jovem, embora amplamente experimentado (COSTA, 2016; GALIEGO, 2013; GOTO, 2018; MARTINI, 2010; MEXKO, 2017; MIRANDA, 2011; PAES, 2011; PEREIRA, 2011; PÉRICO, 2014; SHIMOGUIRI, 2015; SOUZA, 2015; STRINGHETA, 2007; ANDRADE, 2013; FIOCHI, 2015; GARCIA, 2013; SANTOS, 2011), exige-nos apresentá-lo com determinado rigor de detalhes. Como alerta Lacan (2010), “quando uma perspectiva nova é trazida de uma maneira descentrada em relação à experiência [habitual], sempre se opera um movimento pelo qual se tenta reencontrar o equilíbrio, o centro habitual do ponto de vista, [...] que se chama resistência” (p. 62). É preciso tentar driblar esse movimento comum, a fim de que haja uma abertura “às noções surgidas de uma experiência outra e [se tire] algum proveito” (p.62) dela. Erigiremos a arquitetura do Dispositivo Intercessor, e em seguida apresentaremos os dois tempos nos quais ele se desdobra, a saber: a (1) Intercessão-pesquisa e a (2) Pesquisa-intercessão.

Costa-Rosa (2019) descreve o DI como

modo de agir na práxis comum respeitando os limites dados pelos impossíveis freudianos: impossível governar, impossível ensinar, impossível psicanalisar. É também uma forma de produção de conhecimento, e de pesquisadores, sustentando a meta radical da formação em ação e da produção de conhecimento capazes de subverter a lógica da divisão do trabalho do modo capitalista de produção (COSTA-ROSA, 2019, p.14).

Quer dizer, um modo de agir precavido da impossibilidade de comportar uma verdade total, uma vez que a característica inevitável de toda verdade é a sua parcialidade. Também, por consequência, esses três ofícios não deveriam

recair na ilusão de poder e alcance ilimitados (LOLLO, 2018). No DI, aceita-se que haja sempre um resto, algo de real que insiste em não se inscrever, caracterizando-o como um saber não totalitário.

Com isso, diante da complexidade da vida, o DI convoca um repertório composto por conhecimentos provenientes da psicanálise de Freud/Lacan, do materialismo histórico-dialético, da análise institucional e da filosofia da diferença, materializando-se num modelo essencialmente transdisciplinar, que visa produzir tensões na práxis que não percam de vista a necessária desconstrução das dicotomias que fundamentam o processo de produção de conhecimento da chamada “ciência moderna”, com bases nas correntes filosóficas do empirismo e positivismo, dicotomias entre sujeito-pesquisador e objeto-pesquisado, entre indivíduo e sociedade, teoria e prática, além da divisão do trabalho do MCP caracterizada pela separação entre saber/fazer e entre quem pode e quem não pode produzir saber creditável.

O DI sustenta, em sua lógica e em sua ética, que a formação dos trabalhadores se dá na ação e para a ação, aprendendo com e para as exigências da realidade;

trata-se de produzir saber sobre o processo de produção do saber na práxis, ou seja, um saber sobre o processo de produção do saber na ação/para a ação; não mais um saber para a prática, mas um saber sobre os processos de Intercessão⁹ no processo de produção da própria práxis (como integração fazer-saber). (COSTA-ROSA, 2019, p.14-15)

A partir desse dispositivo, a tarefa de produção de saber está restituída ao trabalhador, e não mais exclusiva ao intelectual profissional¹⁰.

⁹ O termo intercessor é resgatado por Costa-Rosa na produção deleuziana para adjetivar o dispositivo que estava formalizando. Para Deleuze, qualquer encontro que rompa com a imobilidade do pensar seria um encontro intercessor. “Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artistas – mas também coisas, plantas, até animais, como em Castañeda. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores” (Deleuze, 1988, p. 156).

¹⁰ Benelli (2020) alerta que a divisão estrutural e social do trabalho, característica do modo capitalista de produção, que gera uma cisão entre pensar e fazer, se atualiza nas universidades em duas linhas de produção distintas: “os trabalhadores técnicos para o mercado, como se diz, e os trabalhadores intelectuais produtores de conhecimento e reprodutores de novos técnicos (COSTA-ROSA, 2013, p.130). Consequentemente, nessa relação de saber-poder, estariam os técnicos, trabalhadores dos equipamentos variados de Atenção, desautorizados a produzir saberes e dependentes dos intelectuais profissionais da academia para doutriná-los.

Caracteriza-se como um modo de trabalho e um método de produção de conhecimento não positivista, alinhado ao paradigma emergente (SANTOS, 1988; 2007). Vejamos.

1.2 Os paradigmas dominante e emergente na ciência

Boaventura Souza Santos (1988; 2007) delineou a epistemologia das ciências, caracterizando em dois paradigmas: o dominante e o emergente¹¹.

O paradigma dominante é fundado no modelo de racionalidade que preside a ciência moderna desde sua constituição com a revolução científica do século XVI, seguindo colonizado pelas ditas ciências naturais. Nele, embora haja abertura para variedade interna, há um fechamento absoluto para o conhecimento dito não-científico e portanto irracional: o conhecimento ordinário (também expresso como conhecimento vulgar ou senso comum) e os estudos humanísticos em geral, ao qual se incluem história, literatura, filosofia, teologia, filologia; e não podemos esquecer psicologias (exceto as comportamentais que possam apresentar dados quantitativos comprobatórios de sua causalidade) e a psicanálise (SANTOS, 1998; 2007).

É um modelo consubstanciado nas revelações de Copérnico, Kepler, Galileu, Newton, Bacon e principalmente Descartes, que emergiu como resposta ao misticista e até então hegemônico que o precedia, característico por responder às questões da humanidade a partir do sobrenatural, das crenças e mitos construídos ao longo do tempo. Para se sustentar, estabelece-se com um caráter globalista, negando qualquer racionalidade aos conhecimentos e saberes não provenientes de métodos que partissem de seus princípios epistemológicos e regras metodológicas, característica que não abandonou ao longo dos séculos e que determinou sua face totalitária. Embora seus protagonistas recusassem apaixonadamente expressões dogmáticas e autoritárias, como não é incomum na história, padeceram do mal que pretendiam erradicar.

¹¹ Santos, ao se referir aos paradigmas dominante e emergente também os nomeia como paradigma moderno e paradigma pós-moderno, respectivamente.

No paradigma dominante, produzem-se linhas abissais como pressuposto fundamental para se produzir qualquer conhecimento, e dessa lógica decorrem suas típicas dicotomias: homem/natureza, sujeito/objeto, saber/fazer, individual/coletivo. Consequentemente, desconfia-se de qualquer evidência apreendida a partir da experiência imediata; aqui a lógica é empírica, afinal o conhecimento só pode ser validado e interessar cientificamente depois de ser comprovado e produzir dados quantitativos, ou seja, é “a matemática [que] fornece à ciência moderna não só o instrumento privilegiado de análise, como também a lógica da investigação, como ainda o modelo de representação da própria estrutura da matéria” (SANTOS, 1988, p.50).

A intenção é conhecer, estabelecer divisões e classificações, para a partir de então conceber relações sistemáticas. Proposição essa signatária de outro pressuposto fundamental do modelo: o mecanicismo newtoniano, segundo o qual habitamos um mundo-máquina em que todas as operações se podem determinar. Com isso, o conhecimento se pretenderá sempre utilitário e funcional, “reconhecido menos pela capacidade de compreender o real do que pela capacidade de o dominar e transformar (SANTOS, 1988, p.51).

Como consequência, o paradigma dominante avançou em especialismos e no estabelecimento de disciplinas, tornando os conhecimentos segmentados; isso é perceptível na organização do conhecimento nas escolas, universidades e pós-graduação. A lógica dessa prática é tentar dominar por completo ao menos uma parte determinada do que se pode saber sobre algo. Produz-se com isso um particionamento que impossibilita o contato com a complexidade da realidade, e surgem linhas abissais entre os saberes.

Contudo, para Santos (1988; 2007), o paradigma dominante, desde o século XX, atravessa uma crise profunda e irreversível proveniente de uma pluralidade de condições que ele distingue entre sociais e teóricas. As condições teóricas que fragilizam os alicerces do paradigma decorrem de seus próprios avanços, como: os desenvolvimentos de Einstein sobre a relatividade e a simultaneidade do tempo; as formulações da mecânica quântica sobre a impossibilidade de conhecer algo sem lhe causar interferência; os teoremas matemáticos da incompletude; e as recorrentes descobertas da microfísica, da química e da biologia.

Dentre as condições sociais, Santos (1988) enfatiza a progressiva industrialização da ciência alinhada a interesses econômicos dos detentores do capital. Esse processo, ao mesmo tempo que passa a definir as prioridades científicas, produz a alienação dos processos de trabalho, ou seja: “entre o trabalhador e o trabalho existe um intermediário que é proprietário dos meios de produção e também da determinação dos modos e dos fins dessa produção” (COSTA-ROSA, 2013, p.37), e, com isso, o trabalho não visa mais, senão, a produção de mais-valia. Portanto, o modo capitalista passa a determinar “o que” e “como” se produzirá um rombo incomensurável à lógica do paradigma.

São essas as condições que permitem o início de um período de transição paradigmática, com a emergência de um novo paradigma alternativo ao hegemônico, nomeado tal qual prefiguramos: paradigma emergente. E não é dispensável dizer que esse modelo não emerge compromissado com as determinantes da crise do paradigma moderno, mas encontra nesse contexto a fenda necessária, como uma pequena planta que nasce entre as rochas, para se constituir.

Santos (1988) é prudente: assegura ser um período de transição paradigmática, e que somente *a posteriori* se poderia definir o paradigma emergente; porém nos apresenta as linhas gerais e a tendência desse modelo.

Em contradição ao dominante, o novo paradigma valoriza as reflexões no campo das humanidades e das ciências sociais, que embora tenha sua gênese no seio da ciência moderna, pouco a pouco se afastou dos padrões epistemológicos e metodológicos do paradigma dominante em direção a uma pluralidade metodológica capaz de incluir conhecimentos da literatura, das filosofias alternativas ao racionalismo e ao positivismo, da psicanálise, etc. Nesse paradigma, de características pós-modernas, não prevalecem as dicotomias, tampouco os abismos disciplinares, mas se operam transgressões metodológicas, em uma tentativa de estabelecer diálogos com outras formas de conhecimento. Aqui, há uma fragmentação, mas ela é temática.

Os temas são galerias por onde os conhecimentos progridem ao encontro uns dos outros. Ao contrário do que sucede no paradigma atual, o conhecimento avança à medida que o seu objeto se amplia, ampliação que, como a da árvore, procede pela diferenciação e pelo alastramento das raízes em busca de novas e mais variadas interfaces. (SANTOS, 1988, p.65)

Dentre as variadas interfaces, outro traço de diferenciação do paradigma moderno se estabelece: é, através do diálogo com os conhecimentos científicos, a reabilitação e atribuição de valor ao conhecimento do senso comum, o vulgar e prático, produzido a partir das experiências dos sujeitos em determinados grupos, que são transmitidos socialmente e que dão sentido à vida. Desprezado pela lógica racionalista, na pós-moderna o senso comum é elevado a horizonte paradigmático. Em outras palavras, todo conhecimento deve se “sensocomunizar”, tornando-se transparente e acessível.

Nesse paradigma, há possibilidade de se pensar de modo transdisciplinar. Os conhecimentos passam a ser organizados e reorganizados privilegiando-se o contexto, de maneira pragmática, como uma hierarquia dos saberes.

Temos, desse modo, dois modelos que coexistem, mas são absolutamente dissonantes.

1.3 As características do dispositivo

Andrade (2013) e Costa, e Périco e Azevedo (2019) apresentam uma oportuna introdução caracterizando o significante *dispositivo*. Segundo os autores, o conceito de dispositivo é construído por Foucault para caracterizar um certo modo de produção de relações normativas e padronizadas, o que ele nomeou como dispositivo disciplinar.

Na definição foucaultiana o dispositivo é uma rede composta por discursos, instituições, estabelecimentos, regulamentações, leis, organizações técnicas e administrativas, além de enunciados científicos, filosóficos e morais. Opera de maneira sutil sugerindo um hipotético ambiente de liberdade, enquanto sorrateiramente controla orientando e governando os indivíduos. Desse modo, silenciosamente, passa a determinar as vivências dos sujeitos e os abduz, passando a se reproduzir a partir deles.

A operacionalização dos dispositivos não se dá a partir de ações claramente opressoras. Agem por meio de “mecanismos positivos, produtores de saber, multiplicadores de discursos, indutores de prazer e geradores de poder” (FOUCAULT, 1988, p. 71), determinando os modos como se deve viver,

normalmente reafirmando a ordem hegemônica, como as relações capitalísticas, a heteronormatividade, a moral e os costumes conservadores.

Costa; Périco; Azevedo (2019) oferecem também a perspectiva deleuziana, com o dispositivo assumindo um potencial criativo, não estático e, assim, novas formas e direções. Nela, o dispositivo se constituiria por meio de três instâncias: saber, poder e subjetividade. O saber se revelaria nos enunciados que dão sentido para o funcionamento do dispositivo, e estaria intrinsecamente ligado ao poder, revelando-se através dos discursos ditos ou não ditos, do estabelecimento da sua imagem. A subjetividade, por sua vez, seria o produto da relação entre saber e poder, ou seja, a forma de estar, sentir e experimentar o mundo modelada pelas relações de saber-poder.

Além dessas, com *Agambem* o dispositivo poderia assumir seu caráter multifacetado, podendo se materializar nos sujeitos, textos ou práticas discursivas. Dito de outro modo, o dispositivo poderia ser tudo e qualquer coisa capaz de capturar, determinar e conduzir a vida dos sujeitos em certas direções.

Ao resgatar o significante dispositivo, Costa-Rosa contraria essencialmente o que Foucault descreveu como sendo o dispositivo. Operando em um movimento de profanação do dispositivo originalmente concebido. Com isso, propõe uma adjetivação outra para o substantivo dispositivo: a de intercessor, como aquilo que permite uma subversão às práticas serializantes.

O conceito de intercessor é resgatado na filosofia da diferença, de Deleuze e Guattari, e diz respeito a tudo e a todos que possam em determinados contextos produzir novos agenciamentos capazes de ampliar as perspectivas e o repertório prático, ou seja, de saberes e práticas articuladas. Na prática, o intercessor é um inquietador, inimigo do *status quo*, das determinações e pré-conceituações, seja por sua existência ou por sua ação (COSTA-ROSA, 2011; 2013; ANDRADE, 2013). Assim, poderíamos compreender o DI como a formalização dos atos instituintes, essencialmente um outro modo de trabalhar que visa

superar a cisão entre pensar/fazer, planejar/executar, decidir/implementar, dicotomias típicas do modo de funcionamento social hegemônico capitalista que divide os homens em pensadores-planejadores-dotados de poder de decisão e de mando, e os executores-trabalhadores-tarefeiros, que não pensam, perguntam ou participam das decisões (BENELLI, 2019, p. 105)

No intercessor está encarnado o dispositivo, comumente um trabalhador do estabelecimento institucional que, a partir de seu lugar de agente na práxis, se esmera para construir possibilidades de intercessão (GALIEGO, 2019; STRINGHETA, 2007). Ele não é, senão, um “trabalhador como os demais; porém, sua formação singular e complexa lhe permite adotar uma atitude teórico-técnica e ético-política permanentemente pensante, problematizadora, crítica” (BENELLI, 2019, p. 106). Entretanto, o intercessor também pode ser um agente externo inserido na práxis, como um estagiário, um voluntário, inclusive um sujeito do sofrimento. A efetivação dessa posição dependerá de um lugar transferencial em que se garanta credibilidade junto ao coletivo institucional.

[o] intercessor [parte] do reconhecimento de que seu lugar é função do próprio campo de intercessão (campo transferencial); pois este o antecede e gera a eventual necessidade de sua presença, que é necessariamente transitória e de ação conjunta com outros intercessores (analísadores) presentes na situação. (COSTA-ROSA, 2013, p.320).

Nos momentos de intercessão institucional ele não é pesquisador e nem se coloca assim.

O propósito *sine qua non* é a transformação singularizada da realidade subjetiva e social. A intercessão-pesquisa não tem a função de descrever resultados; o seu funcionamento é pelo avesso. Está no horizonte a superação da divisão fundamental do trabalho, da separação entre os que pensam e os que fazem, os que mandam e os que obedecem. A intercessão-pesquisa não se assevera por sobrepor o fazer pelo pensar. (COSTA, 2016, p. 137)

Mas em um segundo momento o DI pode operar como um método não ortodoxo de pesquisa. Souza (2015) o aponta como “um método que não faz metodologia” (SOUZA, 2015, p. 94), uma vez que não objetiva primariamente a pesquisa, e sim a tem como mais um efeito (produto) de um trabalho.

Poderíamos esse segundo tempo do DI que inclui a “pesquisa” como uma certa expressão da pesquisa qualitativa, que é amparada por seus métodos gerais, com dados descritivos, interessada nos processos; indutiva, buscando os sentidos e significações dos fenômenos relacionados ao tema, interpretando os detalhes das linguagens verbais e não verbais (TURATO, 2011), embora a posicionemos de fato como um complemento do trabalho, ou seja, a pesquisa

não é senão uma consequência, um efeito de um trabalho operado pelo intercessor. Desdobremos alguns de seus pormenores.

Para que o DI possa operar como modo de produção de conhecimento, há o uma condição inexorável, que denota a importância do significativo intercessão-pesquisa: o trabalho¹² de intercessão é um pressuposto fundamental para a etapa da produção de conhecimento. Ou seja, a produção de conhecimento é um efeito do trabalho e não a motivação para ele. É essa mesma condição que evidencia uma diferença de outros modelos tais como as pesquisas-intervenção ou as de caráter observacionais, dissolvendo a lógica experimentalista, dual, do pesquisador / campo de pesquisa.

Como postula Costa-Rosa (2013, p. 334), “toda a produção humana é simultaneamente produção e reprodução das formas estruturadas e dos modos dessas formas de produção; formas e modos que incidem diretamente sobre seus produtores”. Portanto, no DI a trajetória do trabalhador que se pretende intercessor é indiscutivelmente constitutiva do processo de produção do conhecimento, a rigor, desafinado com os dualismos e afirmando fundamentalmente as dialéticas.

[...] Para a práxis, aprendendo com, e para, as exigências teóricas dela, compreendendo que não há prática sem saber correspondente capaz de responder satisfatoriamente à sua complexidade; com isso mudando a ação e a concepção daqui que são os ‘técnicos’, e interferindo na primeira forma da divisão técnica, parcelada, do trabalho, que está manifesta em ‘fazer versus pensar/saber’ (COSTA-ROSA, 2011, p. 145).

Diametralmente oposto, portanto, aos métodos clássicos de produção de conhecimento, sobretudo nas ciências naturais, mas também hegemônicos nas ciências humanas, o dispositivo intercessor faria eco ao alerta nietzschiano presente nas páginas do célebre texto “Genealogia da moral”:

[...] guardemo-nos bem contra a antiga, perigosa fábula conceitual que estabelece um puro sujeito do conhecimento, isento de vontade, alheio à dor e ao tempo; guardemo-nos dos tentáculos de conceitos contraditórios como “razão pura”, “espiritualidade absoluta”, “conhecimento em si” – tudo isso pede que se imagine um olho que não pode absolutamente ser imaginado, um olho voltado para nenhuma direção, no qual as forças ativas e interpretativas, as que fazem com que ver seja ver-algo, devem estar imobilizadas, ausentes; exige-se do olho, portanto, algo absurdo e sem sentido. Existe apenas uma visão

¹² Compreendemos que a ideia trabalho aqui descrita, corresponde a um sentido que subverte a lógica capitalística, portanto de um trabalho que não depende da troca monetária, e tampouco visa à produção da mais-valia.

perspectiva, apenas um “conhecer perspectivo”; e quanto mais afeto permitirmos falar sobre uma coisa, quanto mais olhos, diferentes olhos, soubermos utilizar para essa coisa, tanto mais completo será nosso “conceito” dela, nossa “objetividade”. Mas eliminar a vontade inteiramente, suspender os afetos todos sem exceção, supondo que o conseguíssemos: como? Não seria castrar o intelecto? (NIETZSCHE, 1998, p. 109)

O trabalhador intercessor, com seu corpo implicado, com os saberes que o subsidiam, atravessado pelos afetos, e inclusive, amparando-se neles para orientar a sua práxis, é a encarnação de uma posição homóloga à de um analisante, um ávido interessado na própria produção de trabalho/desejo. Estando em outro lócus, ele participa da instituição, com as explicações, orientações, contribuições em reuniões, oficinas, grupos, palestras; contudo, visa ir além do que lhe é encomendado, seja na escuta da encomenda como também nas suas interações, a fim de abrir novos caminhos, novos sentidos junto aos usuários, à instituição e para ele mesmo. Espera-se do intercessor, ciente da relação moebiana das formações sociais e subjetivas (COSTA-ROSA, 2013), a recusa de uma práxis tamponadora e o serviço a favor da implicação subjetiva, tendo por horizonte o que analiticamente se considera como a finalidade de uma análise: a implicação sociocultural de todos os atores envolvidos na práxis (SOUZA, 2015).

É um exercício, sobretudo, de re-complexificação, necessário para uma ciência outra, que, alinhado às ideias de Stenger (1990), se coloca como resistência e superação do obscurantismo das práticas disciplinares, problematizando, inclusive, a posição de quem coloca as questões nas ciências, pondo, portanto, em xeque falácias tais como a neutralidade e o distanciamento crítico; evidenciando, por conseguinte, as relações entre ciência e poder. O intercessor precisa abdicar da ideia de detentor do saber para posicionar-se de forma homóloga à afirmativa de Santos (1988), de que em “períodos de transição difíceis de entender e percorrer, é necessário voltar às coisas simples, à capacidade de formular perguntas simples” (p.7).

Esse reposicionamento pode

Criar vínculo, encontrar aliados, criar relações de forças favoráveis. As ciências não produzem de maneira servil os interesses daqueles de quem dependem, mas sim reinventam o sentido para seu proveito. A quem é interessante interessar, aqueles que podem ajudar a fazer a diferença. (STENGER, 1990, p. 104-105).

Desse modo, embora saiba que, no limite, o conhecimento fruto do seu trabalho seja uma produção espaço-temporal impossível de replicação total, o intercessor se embrenha em relatar e refletir sobre sua práxis quando propõe o dispositivo intercessor como modo de produção de conhecimento (DImpc), na intenção de, ao partilhar e problematizar o produto do seu trabalho, amparar outros trabalhadores, seja por inspiração da efetividade (criatividade) de sua práxis, tal qual pelo relato das dificuldades enfrentadas.

1.4 O tempo de *circare*: o Dispositivo Intercessor como Modo de Produção do Conhecimento

Gostaria, imediatamente, de evitar um mal entendido. Vão me dizer – de qualquer modo, a psicanálise é uma pesquisa (...) o termo pesquisa, eu desconfio dele. Para mim, jamais me considere um pesquisador. Como disse uma vez Picasso, para o maior escândalo das pessoas que o rodeavam – Eu não procuro, acho.

Há, aliás, no campo da pesquisa dita científica, dois domínios que podemos perfeitamente reconhecer: aquele em que se procura, e aquele em que se acha (LACAN, 1964/2008, p.15).

O DI está, assim como a psicanálise, situado naquele domínio em que não se procura, mas se acha.

Bernardes (2010) relata que na aula de 13 de maio de 1975, no seminário R.S.I, ainda não publicado, Lacan teria sido contrariado por um de seus interlocutores, que o acusou de procurar sim. E naquela ocasião ele recorreu à etimologia do verbo procurar (*chercher*), proveniente do latim *circare*: circundar, fazer o círculo. “O círculo aqui diz respeito não à superfície plana de um disco, mas à forma vazada que cerca o buraco. O círculo sendo a consequência do buraco” (BERNARDES, 2010, p.37). Por conseguinte, na psicanálise (e no DI), “trata-se sempre do contorno, da circunscrição, de algo que se deu como um encontro num primeiro tempo” (BERNARDES, 2010, p.37).

A seguinte paráfrase pode exemplificar o que estamos discutindo, visando explicitar certas características do DI: se na psicanálise “o desejo do analista não é o desejo de saber, mas o desejo de que haja análise” (BENELLI, 2019, p. 103), no DI o desejo do intercessor é o de que haja um tipo de trabalho específico, tal que por sua vez, possa plasmar novos saberes. Circundar, traçar um contorno aos furos, buracos, encontrados durante sua práxis.

O saber que o intercessor produz é

autoanalítico e autogestivo, [...] e pode promover mudanças e transformações em suas práticas. E isso se dá independentemente de que tal saber urdido na práxis venha a se cristalizar sob a forma de conhecimento acadêmico, como “pesquisa”, como um texto escrito e apresentado sob a forma de relatórios, monografias, dissertações, teses ou livros (BENELLI, 2019, p. 107)

Quer dizer, como no trabalho analítico, cujo “um dos méritos [...] é que nele pesquisa e tratamento coincidem” (FREUD, 1912/2018, p.97), no DI a coincidência se dá entre produção de conhecimento e intercessão.

A recomendação freudiana aos postulantes a analistas serve bem aos intercessores. Cabe suspender os interesses científicos enquanto se realiza o trabalho.

O sucesso é prejudicado nesses casos, que de antemão são definidos pelo aproveitamento científico e tratados de acordo com essas necessidades; por outro lado, os casos que mais têm sucesso são aqueles que procedemos quase sem intenção, nos surpreendendo com cada mudança de rumo e com que nos defrontamos sempre desarmados e sem preconceções (FREUD, 1912/2018, p.97)

Não obstante, o trabalhador pode teorizar sobre sua práxis e materializar suas reflexões em um trabalho acadêmico, isso se dará em um segundo tempo, que se segue à relação implicada do trabalhador com seu contexto institucional de atuação profissional, no qual o DI fará uma dobra para funcionar como *Dispositivo Intercessor como modo de produção de conhecimento* (DImpc).

Nesse momento trata-se de

problematizar os conceitos construídos durante o DI, interrogando-os a partir do conhecimento científico, de modo a questionar também esse conhecimento acadêmico. [...] pensar sobre os meios, as técnicas e os processos de produção de saber na práxis (BENELLI, 2019, p.107)

Amparado pela experiência de trabalho e munido do Diário de Intercessão, um instrumento que pode ser utilizado pelo trabalhador intercessor durante sua práxis, e que serve tão somente como um recurso de auxílio mnêmico, podendo incluir documentos oficiais, atas, materiais institucionais diversos (BENELLI, 2019), o trabalhador intercessor se arvora em produzir uma reflexão cujo interesse político consiste em amparar e instrumentalizar outros

trabalhadores em suas possíveis intercessões e também de retornar à Universidade e apresentar ali suas discussões.

Como propõe Costa (2016), o DImpc é um relato de como na Intercessão pôde-se produzir um saber, ou seja, um conhecimento de como saber sobre a práxis, momento homólogo a tentativa de descrever uma colonização de algo do Real pelo Imaginário-Simbólico, se nos ampararmos na proposta lacaniana dos registros RSI (LACAN, 1964/2008). Um conhecimento, portanto, que visa ajudar a saber sobre o saber/fazer.

Esse modo de produção é homólogo ao trabalho de análise em seu fundamento ético, estético e político, uma vez assegurados pela dialética intensão/extensão no exercício da psicanálise. Sobre esse aspecto, discorreremos brevemente.

Assim, temos de maneira indiciária que o DI, inevitavelmente precavido pela psicanálise, exige a implicação do *intercessor* posicionado como um a mais e +1 no campo, mas não um qualquer, como um sujeito barrado, incompleto, inquieto e querendo saber, posicionado a partir do Discurso da visando a produção de conhecimento (COSTA-ROSA, 2013). Ele que se coloca na empreita da insatisfação e, portanto, da investigação encontra no caráter estético de sua posição os elementos para os quais olha/intercede.

Dionísio (2018) propõe, ao se referir à pesquisa psicanalítica, servindo-nos bem no caso do DImpc, que um verdadeiro princípio norteador e sustentação do transcorrer da ação analítica é considerar todos os elementos como importantes. Em um paralelo entre o regime estético e a clínica/pesquisa em psicanálise, sustenta que necessariamente todos os detalhes devem ser *escutados*, uma vez que nada é desprezível e poderá ser indiciário.

Bem como na escuta clínica, “o trabalhador-intercessor não tem um caminho preestabelecido a percorrer” (SOUZA, 2015, p.142); fá-lo-á a partir daquilo que lhe salta aos olhos e lhe grita aos ouvidos, o que lhe afeta; os detalhes, o *sintoma* que lhe afeta, ou seja, tendo como ponto de partida as inquietações oriundas do posicionamento e participação do intercessor-pesquisador no campo de intercessão (COSTA-ROSA, 2013). Posição, por conseguinte, homóloga a do analista, nesse caso num exercício de extensão do campo da psicanálise em intenção (COSTA-ROSA, 2019).

A partir de uma atitude criativa e do sustentar de um desejo de emancipação, propõe-se a uma práxis descolonizante, desalienante e que vise singularização dos sujeitos, tanto dos ditos “usuários” quanto dos técnicos e dos processos institucionais e subjetivos. Uma política de produção de novos efeitos inquietantes, de novos sentidos e de protagonismos, pois “Onde há protagonismo pode abrir-se a possibilidade de escolha; escolha dos sentidos para a subjetivação. Pode abrir-se a dimensão desejante” (COSTA-ROSA, 2013, p. 234). Assim, através do DImpc intenciona-se concretizar uma inspiração, produzindo um saber sobre como vir a saber. Tornando o próprio produto, no caso de um texto acadêmico, um intercessor autônomo.

CAPÍTULO 2. A PRODUÇÃO DE SAUDESSUBJETIVIDADES

Arquitetura, mobiliário, equipamentos, vestuários e rotinas, embora componham e possam dar o tom de sua qualidade, não são, contrariamente às ideias comuns, o que definem uma instituição. Ela é sobretudo a articulação de saberes e práticas em discursos lacunares (COSTA-ROSA, 2000; 2013; BENELLI, 2003) O que essa modesta definição implica?

Que uma instituição pode se materializar em uma instituição-dispositivo ou dispositivo institucional, ou ainda em um ou vários estabelecimentos institucionais, mas são as práticas e saberes reproduzidos nela que nos permitem reconhecê-la; mais ainda, apesar de, como demonstra Goffman (1961/1987), por essência tender ao fechamento totalitário, sua relação com as pulsações humanas a garantem como lacunar, passível, portanto, de transformações e mutações.

Isso fica claro se tivermos como exemplo a doença mental ou sem eufemismo: a loucura. Ela foi tomada como objeto pela psiquiatria a partir do século das luzes, quando passou a ser assunto da razão e não mais de forças sobrenaturais, e teve o hospital psiquiátrico, o manicômio, como seu principal estabelecimento, seu principal dispositivo institucional. Contudo, diante do caráter cronificante e iatrogênico das práticas asilares clássicas, das mudanças nas expressões de sofrimento psíquico produzidas ao longo da história, “tanto [daquela comumente encarcerada] entre os muros dos hospícios quanto da que ensurdece o mundo com seu barulho e seu furor” (LACAN, 1949/1998, p.103), além, é claro, da comprovada ineficácia de suas ações, o saber psiquiátrico passou a ser questionado; vários movimentos reformistas emergiram, e outros saberes/fazeres se organizaram para promover atendimento ao sofrimento psíquico, atravessamentos aos quais a instituição não poderia passar indiferente (COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2003).

Assim, gradualmente os hospícios deram espaços aos centros de atenção psicossocial, e as equipes de atendimento foram compostas por mais disciplinas. Porém, como veremos adiante, as mudanças instituídas nos novos estabelecimentos não foram determinantes para mudar a lógica germinal de funcionamento da instituição da loucura como Doença Mental. Não nos adiantemos. Nosso arrazoado é o suficiente para ilustrar alguns dos primeiros

traços quanto ao modo como uma instituição se materializa e o sobre suas possibilidades de mutação.

Podemos, com isso, entender uma instituição como o “agenciamento das pulsações da demanda social, mediada pelo imaginário e pela ideologia, numa conjuntura sociopolítica determinada” (COSTA-ROSA, 2012, p.116). Dito de outro modo, como destinatárias da demanda produzida pela própria organização social em todas as suas vicissitudes, conformações e contradições. É estabelecida a partir de uma certa apreensão da realidade sobre a qual pretende interferir, e sobre ela incidiram ideias, expectativas, suposições de saber.

Ao se repetirem, as práticas da instituição estabelecem a forma dela existir e a imagem que lhe será atribuída. Esse será seu estatuto *instituído*; no entanto, há também uma outra força de resistência a esse instituído, que tende à alternatividade, nomeado com o *instituinte*. Entre eles há um jogo de forças em busca de hegemonia, embora a instituição tenda à inércia. Assim, pouco a pouco se configuram modos alternativos de produção no seio institucional.. Assim, pouco a pouco se configuram modos alternativos de produção no seio institucional.

Nas instituições a que se destinam as demandas de Atenção¹³ ao sofrimento psíquico, Costa-Rosa (2011) percebe que, a depender dos modos de produção dessa Atenção, decorrem diferentes efeitos, que ele transcreve como diferentes modalidades de subjetivação. Para circunscrever essa particularidade do campo psi, criou um significante: *saudessubjetividades*.

A partir da junção dos dois signos perceptíveis que o compõe, o neologismo de Costa-Rosa funciona como uma ferramenta simbólica para o tratamento desse real que se impõe na saúde mental. Com ele, o autor pretende expressar a “inextricabilidade saúde - subjetividade no campo dos acontecimentos ‘psi’” (COSTA-ROSA, 2019, p.7); em outras palavras, trata-se de dizer da impossibilidade de se promover algo no campo da Saúde Mental que não tenha efeitos na subjetividade, e vice-versa, por serem ambas, absolutamente homólogas.

Além da união dos dois termos linguísticos, o autor redobra a letra “s” intencionalmente, não por um compromisso com as regras ortográficas, mas,

¹³ Assim como encontramos em Costa-Rosa (2013), utilizaremos o termo Atenção com inicial maiúscula para designar o conjunto de ações propostas no campo da saúde mental.

sobretudo, interessado em assegurar o caráter plural das possibilidades tanto de saúde quanto de subjetividade. Temos, então, que a produção de subjetividade na instituição de saúde mental dependerá do modo de produção da Atenção, comportando possibilidades diferentes.

Através da leitura do texto marxiano *Formações econômicas pré-capitalistas*, Costa-Rosa (2013) percebe que haveria uma articulação entre os modos de produção¹⁴ social da vida material e os modos de subjetivação. Ele sugere que a produção da Atenção se dá nos moldes do que Marx (1975) caracterizou como produção social comum, expressa em duas formas básicas antagônicas de relação: a capitalista e a pré-capitalista. No campo da Atenção ao sofrimento psíquico essas formas se traduzem em dois modos alternativos: um dominante, que toma a concepção de saúde como ausência de doença, ou mais precisamente, ausência de sintoma, e pretende nas suas ações provocar no organismo biológico o retorno a um suposto estado de homeostase, a fim de recolocar o sujeito nas engrenagens de reprodução de capital e de consumo; e sua alternativa, que diferentemente da dominante, parte da superação da dicotomia saúde-doença e não prevê retorno a um estado anterior (porque isso não seria possível, tal como sustenta a dialética de Heráclito¹⁵) alinhando-se à compreensão de Canguillhem (2009) que considera a saúde como progressão ascendente em direção a produzir novas possibilidades de existência. Nela, a

¹⁴ Segundo Fioravante (1978), modo de produção é o processo de transformação de algo, que pode ser natural ou ter sido previamente trabalhado, em um produto específico, através da ação humana munida de instrumentos ou ferramentas de trabalho. Essa é uma definição muito cara, como salienta Costa-Rosa (2013) para compreender a homologia entre os modos de produção geral e os modos de subjetivação. Ele elenca cada um dos elementos que compõe o processo de produção articulando com a especificidade da produção de Atenção ao sofrimento psíquico. O primeiro elemento é o “objeto” a ser transformado pela ação humana, que na instituição de saúde mental traduz-se “pelas vicissitudes e impasses dos processos de subjetivação decorrentes e desencadeados por fatores diversos” (p.25); e nos atentemos: fica demarcado que, a partir do referencial que alicerça o autor, a transformação operará nos impasses do sujeito que se apresenta, ou seja, não se toma nem didaticamente, o sujeito enquanto objeto, um detalhe que prenuncia um determinado modo de produção. O segundo elemento se trata dos instrumentos que são utilizados para a transformação do objeto, os meios de trabalho. No campo da saúde mental consideramos as tecnologias leves: capacidade de acolhimento, escuta e vinculação; as tecnologias leve-duras: o saber estruturado que opera no processo de trabalho (MERHY, 2002; SANTOS, 2016); e, mesmo que ao preço da redundância, pois no exercício das tecnologias ela já se inclui: a subjetividade do trabalhador. Também a atividade humana, o terceiro elemento, que diz respeito ao que Marx chamava de força de trabalho e que se traduz na energia dispensada para realização do trabalho. E, por fim, o produto, o resultado do processo de trabalho, que em nossa especificidade consiste na produção de saúdesubjetividade.

¹⁵ Reconhecida pela proposição da impossibilidade de banhar-se duas vezes nas águas de um mesmo rio, pois a cada nova entrada as águas do rio e tampouco os sujeitos seriam os mesmos.

intenção é “auxiliar” os sujeitos que se apresentam em suas queixas a se reposicionar nos conflitos e contradições que o atravessam.

Costa-Rosa (2013) nomeia esses dois modos de produção de Atenção respectivamente como paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador (PPHM) e paradigma psicossocial (PPS), e vai além: afirma o PPHM sintônico ao modo capitalista de produção (MCP), e o PPS ao modo pré-capitalista que também podemos chamar de Modo Cooperado de Produção. Desses dois modos de subjetivação decorrem subjetividades em saúde serializada ou subjetividades em saúde singularizada (pormenorizaremos mais à frente).

2.1 Os paradigmas na Atenção ao sofrimento psíquico

2.1.1 O paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador

Costa-Rosa (2000; 2011; 2012; 2013), em sua análise paradigmática do campo da Atenção ao sofrimento psíquico, caracteriza o paradigma dominante como psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador por perceber a prevalência das características que o nomeiam na rotina dos estabelecimentos que compõem a Instituição de Saúde Mental. Seja nos centros de Atenção psicossocial, nos ambulatorios ou nos dispositivos da atenção básica, o cuidado em saúde mental se mostra dependente do discurso médico localizado no saber psiquiátrico e dos dispositivos medicamentosos fornecidos como terapêutica *a priori*, quando não exclusiva, além de sustentar reminiscências do tratamento hospitalocentrado, conservando, mesmo como último recurso, a reclusão asilar como solução para os indivíduos que se apresentem à instituição. O autor localiza também esse paradigma como estando alinhado ao modo capitalista de produção.

Iniciaremos a caracterização desse paradigma delineando algumas adjetivações: psiquiátrico hospitalocêntrico, por entendermos que ambas se estabelecem concomitantemente e logo de saída, e determinando o caráter fundante desse modelo, a saber: a lógica tutelar. Em seguida trataremos do caráter medicalizador do paradigma e, por fim, de sua sintonia com o modo capitalista de produção.

O caráter psiquiátrico hospitalocêntrico

Signatário do paradigma dominante no campo das ciências, o PPHM começa se estabelecer a partir da passagem do sofrimento humano do campo da religião e do misticismo para a racionalidade, e da consequente fundação da disciplina psiquiátrica.

Até então, a salubridade era compreendida como resultado das bênçãos divinas e do alinhamento à vontade de Deus, enquanto o adoecimento, uma manifestação da ira divina ou a expressão do desacordo com os preceitos religiosos: os pecados, sejam cometidos pelo próprio sujeito ou por seus antepassados. O adoecimento se devia a um castigo de Deus e, consequentemente, os castigados eram marginalizados, relegados à depreciação social, quando não ao exílio (SCLIAR, 2007).

Com a passagem da concepção mística para o campo científico, foi possível a emergência da medicina social. Se, em alguma medida, é possível pensar que essa disciplina surge com interesses de disponibilizar cuidados às pessoas que careciam de assistência médica, Foucault (1989) clarifica o caráter de biopoder e de controle dos corpos que haveria no bojo dessa história. Embora o atendimento à população pobre pudesse estar entre as intenções dos agentes do Estado, no primórdio da medicina social isso se devia à necessidade de promover controles epidemiológicos que protegessem a burguesia das mazelas que assolavam os pobres, muitas vezes ocasionadas pela simples privação de acesso a condições básicas de saneamento e higiene.

Tanto quanto os arquitetos, os médicos eram convocados para participar do planejamento urbano das cidades e dos espaços sociais, objetivando esquadrihar o ambiente urbano com fins de contenções epidemiológicas preventivistas, alocando os pobres na periferia das cidades e distanciando da burguesia os potenciais riscos ao controle da saúde (FOUCAULT, 1989).

Foi nesse contexto que progressivamente se estabeleceram os hospitais gerais, locais de reclusão daqueles que por alguma razão escapavam aos padrões de salubridade. Ali eram colocados os marginalizados da sociedade, indivíduos considerados inaptos para a sociedade comum: perversos, miseráveis, delinquentes e os loucos. A função dos hospitais, supostamente, era de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão. Nesses locais os

internos eram acorrentados e tratados como a parcela periculosa da sociedade (FOUCAULT, 1978; AMARANTE, 1996).

Foi no século XVIII, especificamente em 1793, como produto das reformas nas instituições sociais da França revolucionária, que em seu famoso gesto reformador, Pinel fundou a primeira especialidade médica: a psiquiatria (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002; COSTA-ROSA, 2013).

Inconformado com o tratamento oferecido aos alienados, no hospital geral, Pinel propõe que eles sejam liberados das correntes. Porém, não do tratamento asilar. Ele estabeleceu uma separação entre a loucura e as outras moléstias, e funda, junto com a psiquiatria, a vertente médica que seria responsável por tratar esses alienados, seu principal instrumento terapêutico dominante nas práticas de medicina mental dali em diante: o manicômio.

Embora se acredite que a loucura poderia não ter determinação orgânica, mas ser produto da própria sociedade, a correção a ser operada era sempre nos sujeitos, pretendia-se algo como uma readequação aos padrões morais. Para esse interesse, o asilo lhe parecia adequado como remédio, servia como reclusão e conseqüente afastamento do contexto promotor da alienação, além de permitir intervenções que supostamente restituíam ao indivíduo condição de reinserção na sociedade. As ideias libertárias dos reformistas franceses se manifestaram nesse contexto histórico apenas como uma liberdade intramuros, ou uma pseudoliberalidade.

Outra função desses hospitais psiquiátricos era facilitar o agrupamento das características similares que se observava nos loucos e estabelecer uma nosografia que permitiria muitos anos depois a formalização de um sistema nosológico com Kraepelin, pai da psiquiatria moderna (AMARANTE, 1996; 2017).

A loucura foi apropriada pelo discurso médico, passou a ser nomeada doença mental, e o isolamento social foi cientificamente justificado. Com isso se estabeleceu e reafirmou entre o louco e a instituição psiquiátrica, a relação hegemônica de sua prática pelos anos vindouros: a tutela. Era a regulamentação da relação de dominação/subordinação. Aquele indivíduo considerado incapaz de acesso à racionalidade por causa sua moléstia deveria ser submetido ao saber psiquiátrico capaz de curá-lo. Tal qual nos hospitais os sujeitos em sofrimento colocam-se sob a tutela do saber médico, a fim de sofrerem as

intervenções que possam lhes restituir a saúde, também seria assim nos hospitais psiquiátricos. Porém, havia uma diferença na manifestação da demanda, no interesse pela “cura”.

Thomas Szazs (1994) localiza essa diferença radical: se na medicina há pessoas doentes procurando alívio dos seus sofrimentos, a psiquiatria tem como seu alvo atender as famílias das pessoas que se desviam das normas de conduta, procurando alívio para seus próprios incômodos causados pelo comportamento indesejado de seu familiar, ou seja, os primeiros psiquiatras tratavam pessoas que não queriam ser tratadas, que não apresentavam demanda por nenhuma terapêutica. É essa diferença fundante, que Szazs considera como elementar para se compreender o caráter tutelar, pedagógico e de normalização moral, com nuances coercitivas, que permeia a disciplina psiquiátrica.

Esses indivíduos que manifestavam comportamentos indesejados constrangiam seus familiares, que diante do embaraço “pouco cristão” de confessar falta de amor pelo louco, justificavam a transferência de sua tutela para os hospitais psiquiátricos como um gesto de cuidado. Com isso, marca-se a destituição de seus direitos e de sua autonomia. Não à toa costuma-se igualar o cuidado a quem sofre psiquicamente com o tratamento que se daria a uma criança, pois no fundo há a mesma compreensão com relação a eles, de seres incapazes de arbitrar razoavelmente sobre si ou sobre a vida.

Com essas características vai se estabelecendo o caráter psiquiátrico do paradigma, que teve no ato reformista de Pinel seu nascimento, mas também a tendência de seu futuro: passaria por processos reformistas constantes. Não é nossa pretensão retratar esses processos neste trabalho, uma vez que existem produções consistentes quanto a esse tema, mas precisamos pontuar, acompanhando Amarante (1996), que as reformas que se seguiram à sua fundação não tratam da

superação do paradigma fundante da psiquiatria, nem da negação de seu mandato social, mas [foram] transformações mais ou menos superficiais, administrativas, organizativas e modernizantes do aparato prático-discursivo. Considera-se, muitas das vezes, que a questão não está na ordem do saber psiquiátrico, mas, como vimos, na sua operacionalidade prática, e que bastaria reorganizar os recursos, administrá-los adequadamente, dispô-los corretamente, para se alcançar um bom resultado preventivo e terapêutico (AMARANTE, 1996, p.18)

Longe de desconsiderar a importância de todos os movimentos de luta e humanização das práticas em saúde mental, o que queremos é evidenciar a capacidade plástica do paradigma psiquiátrico que faz com que ele se sustente e persista em seus pressupostos tutelares (COSTA-ROSA, 2012; 2013).

Podemos citar como exemplo o movimento da Luta Antimanicomial, correlato da reforma psiquiátrica brasileira, que emerge em pleno período de ditadura militar, alicerçada pela reforma sanitária brasileira, uma das trincheiras políticas de resistência à ditadura (ELIA, 2018). Inspirado na psiquiatria democrática italiana, liderada por Franco Basaglia que tinha por objetivo pétreo a extinção dos manicômios naquele país, uma vez que a humanização ou a reforma desse estabelecimento operariam, senão, como um insuficiente deslocamento ou adiamento da resolução de seu impasse fundamental, a tutela asilar dos sujeitos.

Esse movimento de desinstitucionalização crítico ao sistema psiquiátrico centrado na assistência hospitalar alcançou feitos grandiosos no Brasil, como a promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que visava garantir a proteção dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e estabelecia um modelo assistencial em saúde mental coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde. Uma conquista fundamental para a progressiva redução dos leitos psiquiátricos e para a concretização dos Centros de Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção Psicossocial. São fatos incontestáveis (AMARANTE, 1996; 2017).

Contudo, o que chamamos de plasticidade do paradigma psiquiátrico é a capacidade de sustentar sua ética tutelar mesmo que prescindia do dispositivo manicomial. Em outras palavras, a arquitetura tutelar, antes expressa no dispositivo manicomial, se transforma, abandonando os grandes complexos hospitalares com seus mobiliários e ferramentas de contenção (e coerção) dos corpos, e assumindo o formato arredondado e compacto das pílulas psicotrópicas.

Sobre a ética da tutela na psiquiatria, Costa (2001) a caracteriza como promotora de uma relação em que o sujeito a ser tratado é definido previamente como privado de razão e vontade, tanto pela origem do seu sofrimento ser fisiológica, escapando à sua vontade, quanto pelas consequências de qualquer

ato seu não ser imputável legalmente. Disso decorre sua principal característica: a objetificação máxima do sujeito.

Ela é expressa pela suposição de que não há um sujeito capaz ou competente para produzir acesso às causas do sofrimento e tampouco soluções para ele, sendo assim dependente de um agente externo com poder suficiente para fazer por ele ou apesar dele.

A ética da tutela se atualiza e acompanha a transição da sociedade do controle para a sociedade do consumo, na medida em que se descola do dispositivo asilar, mas continua se fazer presente nas terapêuticas pedagógicas e medicamentosas que resumem o sujeito a objeto de intervenção e age de modo instrumental como nas ciências naturais: prever, predizer e controlar de modo experimental o objeto de estudo (COSTA, 2001).

Szasz (1994) afirma que a ética tutelar é hegemônica na psiquiatria por individualizar e limitar o sofrimento psíquico a uma realidade biológica, sustentando assim a ilusão do seu poder terapêutico ilimitado. Quer dizer, a psiquiatria seria incapaz de supor uma doença mental como problema social, pois isso a obrigaria a reconhecer seus poderes terapêuticos como limitados. Ao conceber o sofrimento psíquico como experiência individual, a psiquiatria pode conjugar mecanismos de classificação, cura e controle dos indivíduos e lançar sobre eles as ações coercitivas que forem necessárias para eliminar o mal-estar, tanto que nele habita, quanto o que ele produz por sua inadequação.

Portanto, poderíamos dizer que a característica fundante da psiquiatria, oriunda de sua prática geneticamente hospitalocentrada, asilar, é a sua lógica de tutela, que tem por consequência a coisificação, a objetivação do sujeito, por sua vez destituído de qualquer condição de – a não ser pela intervenção psiquiátrica – solucionar seu sofrimento, ou melhor, ter seu sofrimento solucionado.

O caráter medicalizador

O termo medicalizador é proposto por Costa-Rosa (2013) para descrever dois meios de ação da psiquiatria: a medicalização¹⁶, ou seja, o uso dos medicamentos psicofármacos como alternativa *a priori*; e a expressão do discurso médico como modo de produção, que impõe um saber-poder que concentra o conhecimento sobre a doença e o poder de cura na figura do médico psiquiatra. Há, com isso, a reafirmação tutelar do paradigma, suprimindo qualquer possibilidade de compreender o sintoma para além de algo a ser remetido, extraído.

No outro paradigma, o PPS, poderíamos tomar o sintoma como resistência, como objeção do sujeito em relação à organização social ou da expressão de sua singularidade desejante. Não aqui. No PPHM a relação é vertical. Há um saber médico capaz de intervir e recolocar o indivíduo em concordância com os padrões de normalidade vigentes.

Segundo Costa-Rosa (2011), na performance medicalizadora os mecanismos de anulação da subjetividade não se mostram indiscretamente. O PPHM foi “perfeitamente capaz de dispensar a tecnologia do manicômio, quanto ao arquitetônico, mobiliário e suas outras ‘máquinas’; embora esteja infinitamente longe de desinstitucionalizar sua lógica de instituição total” (p.746). Dito de outro modo, a medicalização é a atualização da ética tutelar. Dispensa-se a arquitetura dos hospitais psiquiátricos, mas se produz “manicômios químicos” como estratégia de retomada do paradigma médico pela psiquiatria.

O caráter medicalizante ganha consistência à medida que se instala um desprestígio em relação à disciplina psiquiátrica. As críticas crônicas ao hospital psiquiátrico, a impotência terapêutica atestada pelos altos índices de cronificação e iatrogenia, e os impasses em relação à cientificidade da disciplina

¹⁶ Sobre intenso processo de medicalização da vida, ver: Moysés e Collares (2007); Rosa (2010); Rosa e Winograd (2011); Machado e Lessa (2012); Caponi *et al.* (2013); Collares *et al.* (2016); Galindo *et al.* (2016); Danziato, Martins e Matos (2018); Ferrazza e Cruz (2018); Henriques (2014); Lopes-Besset (2014); Santos (2014); Silva e Canavêz (2017); Whitaker (2017). Problematisações dessa questão podem ser encontradas em publicações do Conselho Federal de Psicologia (2012, 2015), em Whitaker (2017), em Basoli e Benelli (2019), e em Costa-Rosa (2013) que discutiu o tema do psiquiatra não tão médico e o lugar específico da medicação na Atenção psicossocial.

produzem uma crise que permite, pouco a pouco, a invasão do seu campo por um número crescente de outras instituições (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

O saber psiquiátrico apela, para subsistir, para um retorno às suas bases médicas constituintes. Surge a psiquiatria biológica, ou biopsiquiatria, e uma suposta revolução psicofarmacológica. Revolução essa que Whitaker (2017) refuta a partir da literatura científica, definindo-a como uma notável ilusão social.

Se em meados do século XX a psiquiatria vivia seus anos dourados, com as descobertas recorrentes de psicotrópicos que prometiam ser antídotos para os sofrimentos psíquicos, nas décadas seguintes seu declínio era vertiginoso e se revelava através do desinteresse dos graduandos de medicina em se especializarem nessa área e também pela psiquiatria se tornar uma das especialidades menos rentável financeiramente à época.

Szasz (1982) é quem promove a primeira fissura na disciplina psiquiátrica com a publicação do livro “O mito da doença mental”, atacando a legitimidade da psiquiatria ao afirmar que os distúrbios mentais não eram senão rótulos aplicados às pessoas que enfrentavam problemas cotidianos ou se comportavam de maneira desviante do que era hegemônico na sociedade. Postulava, inclusive, os distúrbios mentais como formas saudáveis de responder a uma sociedade doente, uma sociedade opressora. Com sua crítica ele ampliava os caminhos para a emergência de um movimento chamado de antipsiquiatria, movimento questionador do “modelo médico” de sofrimento psíquico que sustentava o lugar da psiquiatria muito mais próximo das práticas religiosas ou policiais do que da prática médica. Szasz afirmava o manicômio, principal equipamento do paradigma até então, não como lugar para se obter cura, mas local de controle social.

O segundo grande incômodo para a psiquiatria, segundo Whitaker (2017), e, podemos dizer, uma segunda fissura, era a emergência de terapias operadas por não-médicos. Diante da ineficiência das benzodiazepinas, os sujeitos enveredavam-se, procurando alívio para seus sofrimentos, em outras possibilidades terapêuticas, a se destacar, dentre elas, a psicanálise freudiana, que embora não desqualifique a utilização dos medicamentos, sustentava que a maioria dos distúrbios se deviam a impasses de ordem psicológica possíveis de serem tratados a partir de uma *talking cure*; e as psiquiatrias sociais que

valorizavam o ambiente e o meio como produtores de sofrimento, e sustentavam, portanto, sua transformação para que o sujeito pudesse advir curado.

Mas era a ineficiência dos medicamentos, o principal recurso da psiquiatria, o agravante para que a crise se alastrasse. Caso os medicamentos apresentassem eficiência, as outras ofertas terapêuticas poderiam soar como excessivamente trabalhosas ou desnecessárias. Entretanto, justamente por sua ineficiência, pelos efeitos colaterais e de dependência, que começam na mesma época a ser denunciados pelos sujeitos a quem foram impostas tais terapêuticas, sobretudo nas instituições manicomiais, a psiquiatria caiu em desgraça.

Contudo, seu movimento não vislumbra um modo alternativo ou uma transformação de sua lógica; pelo contrário, ampara-se justamente na suposta vantagem de deterem receituários e na possibilidade de ministrar medicamentos como meio para recuperar seu prestígio. “Se a imagem dos psicotrópicos pudesse ser reabilitada, a psiquiatria prosperaria” (WHITAKER, 2017, p. 276).

Se a crítica de Szasz (1982), promotora de uma das primeiras fissuras da disciplina psiquiátrica, advinha justamente de seu enquadramento enquanto medicina, a Associação de Psiquiatria Americana entendia que a reabilitação da credibilidade do paradigma passava por remedicá-la, ou seja, vincular consistentemente a figura do psiquiatra enquanto médico, pois, no ideário popular, havia (e há) uma forte ligação entre a verdade científica e o modelo médico. Para tanto, exigia-se a construção de um sistema diagnóstico capaz de catalogar os sinais e sintomas da doença mental de maneira minuciosa e sistemática, a fim de estabelecer prescrições medicamentosas tal qual nas demais especialidades médicas, ou seja, era preciso retomar as ideias nosográficas fundantes propostas por Pinel e potencializá-las ao máximo (WHITAKER, 2017).

O “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-II), de 1967, guardava e refletia os conceitos psicanalíticos e precisava ser superado, segundo a APA, uma vez que para remedicar a psiquiatria seria necessário abandonar a psicanálise, diante de sua fundamentação nada orgânica e, portanto, insustentável como alicerce para uma prática médica. Quer dizer, como fundamentar diagnósticos e estabelecer parâmetros clínicos replicáveis se a psicanálise parte da singularidade do sujeito? (ROUDINESCO, 2000; COSTA-ROSA, 2013; WHITAKER, 2017).

O fundamento opunha e promovia uma cisão radical: não seria possível sustentar o modelo psicanalítico, porque nele carecia a possibilidade empírica e de probabilidade quantitativa, tampouco a proposta terapêutica subsequente ao diagnóstico. Não haveria como propor a associação livre, pedra angular da psicanálise (LACAN, 1953/1998; QUINET, 2000; CHECCHIA, 2015) e ainda sustentar que seria essa uma intervenção médica.

Assim, em 1977, a APA estabeleceu seu atestado da psiquiatria enquanto medicina: a publicação do DSM-III, fruto dos conhecimentos coletivos da psiquiatria norte americana. Esse instrumento catalogava 265 distúrbios e determinava que o diagnóstico se estabelecesse a partir do enquadramento dos pacientes em um determinado número de sintomas característico de uma doença. Os profissionais trataram de enaltece-la e valorizá-la, estabelecendo desde então e até os dias atuais sua promoção como “bíblia” da psiquiatria, e, por conseguinte, devendo-se ser seguida religiosamente (WHITAKER, 2017).

Embora a nível biológico não houvesse nenhuma descoberta sobre a origem dos distúrbios psíquicos no plano biológico, e os parâmetros diagnósticos tivessem sido estabelecidos de modo arbitrário, o valor do DSM-III estava na declaração do posicionamento político da APA. “Com a publicação do DSM-III, a psiquiatria tinha vestido publicamente um jaleco branco” (WHITAKER, 2017, p.278). E havia nessa mesma direção uma estratégia de marketing midiático que visava promover as novas ideias, com publicações endereçadas acessíveis ao público leigo, além de todo um respaldo técnico para que os psiquiatras produzissem um discurso uníssono que garantisse a credibilidade da classe. Desse modo, estabelecia-se a psiquiatria biológica.

[...] esse momento da descoberta inovadora ainda está por vir. Os substratos biológicos da esquizofrenia, da depressão e do transtorno bipolar continuam desconhecidos. Mas o público se convenceu há muito tempo do contrário, e agora podemos ver o processo de marketing que desencadeou essa ilusão. [...] A APA montou uma sofisticada campanha de marketing para vender seu modelo médico ao público e, alguns anos depois, só restou à população ficar boquiaberta ante os aparentes avanços que vinham sendo obtidos. Havia uma revolução em andamento, os psiquiatras haviam passado a ser ‘consertadores da mente’ (WHITAKER, 2017, p.282-283)

Para que pudesse convencer o público foi fundamental a parceria da APA com a indústria farmacêutica¹⁷. Os acadêmicos psiquiatras compunham o pelotão de frente, amparados silenciosamente pelos recursos financeiros da indústria de medicamentos; assim o entrelaçamento do modelo médico como verdade absoluta, e dos psicotrópicos como um bem necessário para a qualidade em saúde mental. Com esse apoio maciço da indústria farmacêutica, em seus interesses capitalísticos e seus recursos infindáveis, a construção dessa suposição de saber da medicina psiquiátrica se estabeleceu no imaginário social. Com esses dados não é difícil compreender como a demanda no campo da saúde mental foi modulada (AMARANTE, 2017; COSTA-ROSA, 2013; WHITAKER, 2017).

Munidos dessa análise sobre a conversão da psiquiatria ao discurso médico, compreendemos algumas das práticas cotidianas da instituição de Atenção que Foucault (1977) enunciava em “O nascimento da clínica”. Ao detalhar a estruturação do saber médico enquanto clínica, Foucault descreve uma protoclinica com as características que caracterizam o modo de operar do PPHM. Segundo ele, havia cinco características fundamentais:

(1) *“Antes de ser o encontro do doente com o médico, de uma verdade a decifrar com uma ignorância, e para poder sê-lo, a clínica deve formar, constitucionalmente, um campo nosológico inteiramente estruturado” (p.65).*

Um enunciado que em nada aparentaria deslocado da realidade contemporânea ao tomarmos o uso e a dependência dos manuais diagnósticos pelas equipes de saúde mental. Os sujeitos corriqueiramente passam a ser tratados pelos códigos que classificam seu tipo de desordem e descrevem seus sintomas. Mais do que universalizar o diálogo, os manuais definem quem é o sujeito em sofrimento a despeito dele mesmo.

¹⁷ Os trabalhadores de saúde mental não deveriam ignorar a exploração do lucro e da mais valia por meio da venda crescente de medicamentos. Seu desconhecimento dessa situação complexa os torna inocentes úteis à sua própria revelia e inclusive, cúmplices inadvertidos. Há vários estudos críticos sobre multimilionária indústria químico-farmacêutica. Informar-se adequadamente sobre essa temática altamente sensível permitiria que os trabalhadores da saúde se posicionassem eticamente com conhecimento de causa, podendo justificar suas decisões de modo fundamentado.

(2) *Na clínica o que há é a doença, com um portador, cujo qual é indiferente. Como se o texto sob o qual se constituiriam invariantes fosse a doença, e “o doente apenas aquilo através de que o texto é apresentado à leitura e, às vezes, complicado e confundido. É o acidente de sua doença, objeto transitório de que ela se apropriou” (p.66).*

No PPHM é o doente (nem poderíamos chamá-lo de sujeito) que é colocado entre parênteses, e não a doença. O foco é a eliminação dos sintomas, e os indivíduos são tomados como dificultadores desse processo.

(3) *“A clínica não é um instrumento para descobrir uma verdade ainda desconhecida; é uma determinada maneira de dispor uma verdade já adquirida e de apresentá-la” (p.66).*

Nela, qualquer anamnese ou investigação não teriam outra função que não fosse a de encontrar elementos já esperados, conhecidos que confirmassem a existência de uma doença já prescrita. Não se comporta aí nenhum ineditismo. “Não é, portanto, o próprio olhar que tem poder de análise e de síntese; mas a verdade de um saber discursivo que vem se acrescentar de fora e como uma recompensa ao olhar vigilante” (p.67) Aqui importa nomear.

(4) *“a clínica só tenha tido uma única direção: a que vai, de cima para baixo, do saber constituído à ignorância” (p.67-68)*

Nesse modelo médico, o único saber crível é o produzido pelo corpo técnico. Não há espaço para saberes vulgares, senso comum e muito menos para nenhuma produção de ordem inconsciente como postularíamos a partir da psicanálise.

(5) *Na protoclinica o saber não se constituía a partir das experiências cotidianas, ou dos encontros entre os profissionais e os doentes, mas era colocada à prova, sendo o olhar a posteriori que a credibilizava ou descredibilizava o diagnóstico e a intervenção a partir de sua eficácia.*

Em síntese, a protoclinica do século XVIII, da qual deriva a instituição clínica como a conhecemos, não incluía a possibilidade de construção de novos saberes, tampouco para transformações do saber instituído, mas conduzia e

organizava o discurso médico sem inventar outros discursos ou práticas. Essa tendência é consistente no PPHM através do caráter totalitário da Psiquiatria.

A crise que se instala no paradigma dominante revelada pela decadência de prestígio da psiquiatria, além de evocar como resposta o retorno ao radical médico e mobilizar a psiquiatria a ampliar o uso de psicotrópicos, permite também a invasão das Instituições de Atenção por outras disciplinas. Entretanto, a redução de complexidade da problemática dos sujeitos faz os dispositivos institucionais operarem em uma lógica taylorista de divisão parcelada do objeto, que relega aos demais trabalhadores não psiquiatras ao lugar de auxiliares secundários do saber poder psiquiátrico (COSTA-ROSA, 2013), cumprindo funções de secretariado médico.

O que aí se verifica é a ética da tutela remodelada pelo caráter medicalizador do paradigma: da reclusão asilar ao exílio farmacológico. Uma evolução decorrente do modo capitalista de produção, em que “não adianta ser um nômade com relação aos espaços disciplinares, [pois] a própria sociedade capitalista criou um dispositivo nômade que captura a subjetividade em movimento” (CARDOSO JÚNIOR, 2011, p.24). Então, o avanço só será possível com a ancoragem da práxis em um outro modo de produção, que parte de outro fundamento ético: o paradigma psicossocial.

2.1.2 O paradigma psicossocial

“Pai, afasta de mim esse cálice [cale-se]”
(Gilberto Gil/Chico Buarque, 1973)

Desde os tempos sombrios da ditadura militar no Brasil, período em que essa canção foi composta por Gilberto Gil e Chico Buarque, nada de inédito há em relacioná-la à resistência a períodos e/ou práticas autoritárias. A homofonia presente no substantivo “cálice” que carrega no seu interstício o verbo “calar” em modo imperativo, antecedido pela súplica endereçada a Deus: “afasta de mim”, reclama o direito de poder falar ao mesmo tempo que denuncia a censura.

Tomamos *Cale-se* como ponto de partida desse trecho da reflexão por constataremos que, em decorrência de seus fundamentos, o PPHM opera com tendência ao sufocamento dos sinais expressos pelos sujeitos em sintomas e

queixas. A partir da dicotomia doença-cura, a práxis tutelar, característica desse paradigma, toma a concepção de saúde como ausência de doença (entenda-se: ausência de sintoma), simplificando a demanda e produzindo um modo de Atenção disciplinar (na organização dos saberes e nos efeitos de sua terapêutica). No PPHM prevalecem relações de dominação e dependência exercidas pelo saber médico psiquiátrico, tanto em relação aos usuários quanto entre a equipe.

Contudo, dentre as frestas abertas pelas demandas sociais diante das incapacidades do paradigma dominante, em sintonia com a dinâmica paradigmática que citamos nas primeiras linhas desse capítulo, há um paradigma emergente (poderíamos dizer: insurgente) alternativo ao PPHM.

A depender do momento e do contexto histórico, o paradigmas alternativos ao PPHM foram designados de formas diferentes: Práticas alternativas à Psiquiatria, Reforma Psiquiátrica, Atenção Psicossocial, contudo, é importante, segundo Costa-Rosa (2000; 2012; 2013), considerar uma conjugação de ações que se estabeleçam como outra possibilidade de hegemonia na Atenção ao sofrimento psíquico.

Poderíamos, de saída, propor o PPS como um conjunto de práticas “cujo arcabouço teórico-técnico e ético-político caminha na direção da superação paradigmática da psiquiatria asilar [tutelar]” (COSTA-ROSA, 2013, p. 21). No PPS pretende-se ir além dos fundamentais avanços da reforma psiquiátrica, quer dizer, prosseguir avançando em relação às conquistas da reforma, na direção de outros modos de produção de Atenção¹⁸.

Contrariamente ao PPHM que conjuga os interesses do setor social dominante, sintônico ao MCP, o PPS supõe a superação do MCP com todas as suas características, a fim de instalar um novo dispositivo institucional de Atenção que em todos os seus níveis de relação deverá operar a partir dos moldes do modo cooperado de produção (COSTA-ROSA, 2000; 2013). Com isso, visa atender os interesses dos chamados usuários¹⁹ dos dispositivos

¹⁸ Os equipamentos institucionais erigidos a partir dos movimentos reformistas, como o CAPS, embora carreguem o mesmo vocábulo *psicossocial* com caráter adjetivante, não necessariamente operam no Paradigma Psicossocial, sinal da plasticidade do PPHM e de sua capacidade de resistência hegemônica na produção de Atenção ao sofrimento psíquico.

¹⁹ A partir do PPS, como sugere Costa-Rosa (2012), os termos sujeito do tratamento ou sujeito do sofrimento (conservando-se a ambiguidade da palavra sujeito) tornam-se mais pertinentes do que usuários.

institucionais, oferecendo escuta e Atenção às pulsações instituintes apresentadas por esses sujeitos, muito mais do que aos interesses instituídos presentes nas dimensões ideológicas e imaginárias expressas no paradigma dominante.

Para dar a ver e compreender a alternatividade entre o PPHM e o PPS, garantida pelas contradições radicais que haveria entre eles, Costa-Rosa (2000; 2012; 2013; 2019) delinea quatro parâmetros principais de comparação: (1) as concepções de objeto e meios de trabalho; (2) as formas de organização dos dispositivos institucionais; (3) as formas de relacionamento com os usuários e com as tensões sociais; e (4) os efeitos terapêuticos e éticos das práxis.

Assim “não será, portanto, com critérios como o de bom ou mau, melhor ou pior, humano ou desumano, democrático ou autocrático etc., que poderemos caracterizar a alternatividade” (COSTA-ROSA, 2000, p.144) desses paradigmas, mas em suas diferenças e nos efeitos díspares de sua práxis. Em outras palavras, suas diferenças radicais se baseiam nas contradições ético-políticas que exigem importantes deslocamentos quanto aos aspectos teórico-técnicos.

(1) Concepção de objeto e meios de trabalho

O primeiro parâmetro de diferenciação entre os paradigmas está na definição do objeto ao qual se destina a Atenção e aos meios empregados para promovê-la. Tracemos as características do paradigma dominante, com o risco de sermos repetitivos, a fim apresentarmos suas opostas fisionomias.

No PPHM, esse objeto é a doença (ou o sintoma). Uma vez tomado apenas como corpo bioquímico, a demanda que o usuário apresenta é enquadrada enquanto desvio, disfunção ou desvantagem quimicamente tratável.

Os meios para o tratamento serão operados exclusivamente pela equipe interprofissional, quer dizer: a participação do usuário se limitará apenas a obedecer as ordens do corpo técnico. Embora haja interdisciplinaridade, a palavra final tende a ser do médico psiquiatra, e os meios de tratamento serão os que ele dispõe, a priori os suplementos bioquímicos, portanto, os medicamentos.

Com isso, a relação entre objeto e meio é de objetificação. Não se inclui aqui a mediação simbólica, tampouco se toma o sujeito como capaz de produzir algo que dê conta de seu sofrimento. Há uma carência e um suprimento.

Os efeitos produtivos [...] são: exclusão, clausura, medicalização, tamponamento, alienação, normalização, adaptação. O laço social e intersubjetivo sob o qual se opera a produção de saúde é verticalizante [...] e os efeitos de sua produção de saúde é a produção de subjetividade serializada (COSTA-ROSA, 2013, p. 80).

Já no PPS interessa, sobremaneira, o sujeito, enquanto a doença é colocada entre parênteses. Visa-se recolocar o sujeito não só como participante do processo de produção de Atenção ao seu sofrimento, mas como protagonista nele. E que sujeito é esse?²⁰ É “um sujeito em sua existência-sofrimento [...] sujeito entre significantes e como devir (desejante), [...] um indivíduo com inconsciente, encarnado nas mais diversas figuras sintomáticas” (COSTA-ROSA, 2013, p.80).

Considerar assim o sujeito implica compreender sua demanda não mais como expressão de um desajuste bioquímico, mas enquanto uma configuração particular que noticia um impasse frente ao contexto de sua existência. Embora possa haver nos medicamentos contribuições importantes para se tratar o sofrimento, sua ministração deve ser utilizada de modo preciso, apenas para viabilizar que o sujeito fale, movimentando o que é essencial: a produção de novos sentidos e seus reposicionamentos subjetivos e sociais, tal qual a psicanálise sustenta desde Freud. Assim, não se trata de produzir efeitos sobre o sujeito em sofrimento, mas facilitar condições para que o próprio sujeito consiga trabalhar na direção da sua cura, pois, saúde psíquica nesse paradigma, não se trata de um estado, mas da capacidade de implicação em um processo de produção de subjetividade singularizada. Em outras palavras, é necessário que o sujeito não seja colocado como objeto assujeitado, mas como capaz de produzir deslocamentos nos impasses e em sua relação com eles.

Ademais, ao recuperar a importância dos aspectos subjetivos e sociais que estão nos impasses psíquicos, a Atenção em Saúde mental como práxis dissonante com o PPHM não pretende desconsiderar os aspectos bioquímicos.

²⁰ Traremos em pormenores a posição de sujeito de que partimos no capítulo 3 dessa dissertação.

Dito de outro modo: não há intenção de operar uma separação do físico e do psíquico, reafirmando a lógica do paradigma dominante.

Nessa perspectiva, os meios serão variados, mas essencialmente dependentes de mediações simbólicas, e definidos caso a caso a partir da relação com o sujeito em sofrimento e os demais trabalhadores ²¹ do estabelecimento institucional em articulações interprofissionais cooperadas, organizados com base em relações essencialmente horizontais.

(2) Formas de organização do dispositivo institucional

Costa-Rosa (2000; 2013) remete à organização das relações intra e interinstitucionais as possibilidades de produção de saúdessubjetividades. Quer dizer, é nesse ponto que podemos discutir os organogramas, a divisão do trabalho, as relações intersubjetivas e os efeitos que terão na Atenção a ser produzida.

No PPHM a reprodução das relações sociais capitalísticas se evidencia; com isso há cisão entre os que sabem e aqueles sobre os quais o saber operará, como em uma prestação de serviço.

O trabalho é dividido de modo taylor-fordista; assim opera-se em táticas que possibilitem o máximo de produção com o mínimo de esforço, além de se produzir em série. O que isso significa na produção de saúdessubjetividades? Que os sujeitos do sofrimento são tratados, ou recebem uma atenção pré-definida; em outras palavras, são eles que têm de se adequar ao atendimento, e não o contrário. Já a eficiência do trabalho é mensurada a partir de indicadores como os números de consultas ou internações, a quantidade de medicamentos administrados e de prontuários ativos no estabelecimento. Todos os esforços serão dispensados para que os sujeitos recuperem uma suposta condição de homeostase do organismo.

Na organização do trabalho na modalidade psicossocial, as relações são cooperadas em todos os níveis, e o trabalho é necessariamente artesanal. A hierarquia de saberes existirá, mas será definida a posteriori, respeitando as necessidades e especificidades de cada situação. Nela se inclui como

²¹ Cabe aqui a ênfase em *demais* trabalhadores, porque o próprio sujeito em sofrimento é um trabalhador nesse processo.

imprescindível os saberes conscientes e inconscientes a serem produzidos pelos sujeitos do sofrimento.

A própria psiquiatria, podemos citar como exemplo, numa equipe de Saúde Mental precisa abdicar da suposição de verdade que lhe é atribuída, em decorrência de sua condição médica. Na contramão das tendências da APA, o PPS exige uma psiquiatria não tão médica, ou mais precisamente, um psiquiatra além do médico²². Em outras palavras, não se trataria de descartar a medicina, mas de ir além dela, a fim de reconhecer o organismo biológico, mas somando a ele a consideração das especificidades psíquicas e da dimensão social do sofrimento.

Se prevalecem relações verticais no PPHM, no PPS a organização precisa ser horizontal, concorrendo para isso desde a organização arquitetônica, o mobiliário, o vocabulário, os horários e, sobretudo, as decisões.

Para que haja horizontalização na relação institucional faz-se necessário que poder decisório e poder de coordenação sejam diferenciados. No PPS o poder decisório cabe aos trabalhadores permanentes do estabelecimento institucional tanto quanto aos trabalhadores eventuais, quer dizer: aos sujeitos do sofrimento. Já a coordenação, ou a execução das decisões consiste numa responsabilidade que recai especialmente sobre o corpo técnico da instituição.

O modo psicossocial dá ênfase à participação da população (além da participação da clientela efetiva) na esfera que diz respeito ao poder decisório da instituição. Aqui também já não basta, portanto, ser democrático. São necessárias a participação e a autogestão. Esse exercício de uma intersubjetividade horizontal deve ser contabilizado a favor da meta de destituição do imaginário institucional autoritário e repressor de que a instituição é necessariamente tributária no modo asilar (COSTA-ROSA, 2000, p.160).

Inclui-se, portanto, a garantia de que os princípios organizativos do SUS, de descentralização e controle social, através dos Conselhos de Saúde e cogestão, se efetivem.

(3) Formas de relacionamento com os sujeitos e suas demandas

No relacionamento dos estabelecimentos institucionais com a clientela, considera-se como a instituição se apresenta e é percebida no território, no

²² Também precisaremos de psicólogos não tão disciplinares e, mais precisamente, psicólogos psicossociais, tal como propõem Benelli, Périco e Costa-Rosa (2017).

imaginário e no simbólico. Esse parâmetro tem grande importância, pois “a partir da diversidade das ações cotidianas, [se criam] os operadores que configuram a forma de representatividade social da instituição no território – o modo como é percebida pela população” (COSTA-ROSA, 2013, p. 86). Essa percepção modula, inclusive, a maneira como os sujeitos percebem seu sofrimento e a forma como elaboram seus pedidos de ajuda.

Os modos variam da seguinte forma nos paradigmas: no PPHM o estabelecimento se apresenta como “lócus depositário e de administração de suprimentos” (p.85), enquanto no PPS, como “lócus de interlocução e de locução” (p. 86). Marcado pela herança manicomial, no paradigma dominante as relações são verticalizadas e se dão imaginariamente entre os sãos e os loucos, sendo que os primeiros tutelam os segundos. Desse modo, os sujeitos tendem a procurar o estabelecimento apenas quando se reconhecem ou são reconhecidos em condição extrema, localizando sua demanda nos suprimentos medicamentosos. Em contrapartida, no PPS o valor está na palavra, nos diálogos e nas produções decorrentes; daí o equacionamento dos conflitos, os reposicionamentos sociais e subjetivos, a produção de novos sentidos (GALIEGO; COSTA-ROSA, 2019).

(4) Efeitos terapêuticos e éticos

A ética que fundamenta o paradigma define as terapêuticas possíveis. Enquanto o PPHM funda-se numa ética tutelar, o PPS tem por alicerce a ética do bem-dizer, tributária da psicanálise (COSTA-ROSA, 2000; 2013; QUINET, 2009; SANTOS, 2014).

Desse modo, as terapêuticas do paradigma dominante tendem a promover uma relação de dependência dos usuários para com o estabelecimento supridor, e com seus suprimentos. Contrariamente, as terapêuticas do PPS visam o seu avesso. Os efeitos são, portanto, absolutamente diferentes, no primeiro a produção de subjetividades serializadas, no insurgente seriam singularizadas.

Tanto a relação com os sintomas, quanto a concepção de cura são absolutamente diferentes em cada paradigma.

O sintoma no PPS guarda uma verdade do sujeito que precisa ser (de)cifrada (QUINET, 2000), enquanto o PPHM procura a todo custo extrair o sintoma sem lhe questionar em nada. A remissão ou o eclipsar do sintoma é, a propósito, o objetivo das terapêuticas tutelares. O sucesso dessa intervenção, o que se considera como cura, consiste em que o usuário não reclame mais sobre seu sintoma.

A partir do PPS, como explica Costa-Rosa (2011; 2013) em nota, o sentido de cura se apresenta como externo ao princípio doença-cura característico do PPHM e operada comumente nas psicologias. Nós encontramos em Lacan (1964/2018) quando afirma a relação entre as psicologias e o MCP, critica subsidiária a feita por Costa-Rosa, afirma: “a psicologia não apenas contribui para as vias como se submete aos anseios do estudo de mercado” (p. 846).

No paradigma emergente entende-se cura através da leitura lacaniana do *sorge* heideggeriano,

como curar-se, ou seja, poder inalienável do próprio sujeito de dar as constantes e intermináveis respostas às solicitações do real e da realidade; longe, portanto, de qualquer postura cristianizada, em maior ou menor grau, que costuma traduzir *sorge* como ‘cuidar-de’ (COSTA-ROSA, 2013, p. 242).

Trata-se, portanto, de ajudar o sujeito a recuperar sua capacidade autopoietica. A cura é concebida como na produção de queijos, em que se constrói condições para que haja maturação, e, com tempo, transformações nas características de peso, textura, cores, aromas e sabores, permitindo que o queijo assuma com isso sua identidade mais particular.

Essas conjecturas revelam a íntima ligação e a confluência ética do PPS com a psicanálise. Assim como ao psicanalista cabe suspender os saberes enciclopédicos e pedagógicos assistencialistas, o trabalhador psicossocial também deverá fazê-lo. “Sua ética promete o tratamento diferencial do real pelo simbólico e com a participação direta e protagonista dos sujeitos do sofrimento, podendo fazer das crises oportunidades de crítica e reposicionamento subjetivo e social” (COSTA-ROSA, 2013, p. 88).

Partindo dos parâmetros contraditórios dos modos distintos de produção de Atenção, ainda cabe dizer que para o PPS o trabalhador do estabelecimento

institucional precisa estar precavido de maneira multirreferencial; além da psicanálise, precisa estar devidamente informado pelo *materialismo histórico*, pela *análise institucional* e pela *filosofia da diferença* (BENELLI, 2019). É em posse desse repertório complexo que poderá se posicionar como um trabalhador-intercessor, o que consiste em conseguir situar-se no contexto da instituição e operar na práxis a fim de se opor ao MCP e promover aberturas instituintes frente ao que houver de cristalizado na lógica de funcionamento institucional. Sua formação, que se dá no imbricamento de ação, teoria e prática (COSTA-ROSA, 2019), permite apreender as formações sociais e as formações subjetivas/inconscientes (COSTA-ROSA, 2013; GALIEGO, 2013; ANDRADE, 2013).

O intercessor prescinde de uma lógica comum do trabalho em Saúde Mental, o jogo da identificação como conclusão do cuidado. Operar assim consiste em posicionar-se na contramão do sentido tautológico com qual o sujeito se identifica quando inicialmente procura um estabelecimento de Saúde Mental. Portanto, para o intercessor é necessário interceptar a subversão das mensagens de caráter tautológicos que colocam o sujeito em sofrimento, a fim de que ali advenha a negação radical capaz de direcionar o sujeito para ampliação do seu repertório de sentidos. O resultado é invariavelmente a produção de subjetividades singularizadas. “Ora, só a posição de intercessor (e não de interventor) do processo dessa produção garante aos sujeitos do sofrimento a posição de produtores principais” (COSTA-ROSA, 2011, p. 749).

Ao procurar os estabelecimentos de saúde mental, é comum que os sujeitos do sofrimento interpelem o trabalhador intercessor, posicionando-o como um mestre com capacidade de suprir suas necessidades e produzir uma saída, o mais rápido possível, que dê conta de seu sofrimento manifesto. Há um endereçamento, em outras palavras, uma suposição de saber. No entanto, do intercessor espera-se que esteja avisado de que essa suposição decorre da alienação do sujeito que sofre. Isso é imprescindível para que o trabalhador, que do contrário poderia envaidecer-se ou acreditar nessa imaginária potência messiânica, não opere maiores alienações.

Para que o sujeito possa engajar-se [...] é necessário que o intercessor seja capaz de deslocar-se da posição do “mestre supridor suposto” para a de coadjuvante propulsor e facilitador do processo de produção, no qual apenas o

“sujeito do sofrimento” pode estruturalmente ser o protagonista (COSTA-ROSA, 2011, p. 752).

O sujeito que procura um curador está alienado em seu sintoma e agencia alguém que possa trabalhar por ele produzindo um sentido que dê conta de seu sofrimento. Ele tenta repetir aí a “estrutura do sintoma na qual a dimensão de ‘significante mestre como exame de sentido’ foi substituída por um significante tautológico tendente a um sentido estático” (COSTA-ROSA, 2011, p. 753).

Quando o trabalhador não consegue operar posicionado na recusa desse lugar de poder, costuma retornar ao PPHM e administrar algum tipo de objeto-suprimento, seja ele químico (ou mesmo convocação do detentor desse suprimento químico, a saber, o psiquiatra), afetivo, social, econômico. Procura alguma forma de estancar o fluxo aberto com a apresentação da demanda. Ainda que essa demanda fique velada. Queremos dizer que ele atende à encomenda do sujeito *ipsis litteris*, ignorando qualquer não sabido que sustente o sintoma ou suas causas inconscientes, retornando assim às éticas tutelares. Opera uma intervenção que recoloca o sujeito no lugar de objeto.

Já o PPS tem como pedra angular promover a efetivação transformações políticas de saúde, que tiveram como importantes marcos a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituição de 1988, com o estabelecimento do SUS (em seus princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade; e seus princípios organizativos: descentralização, regionalização, hierarquização e controle social), no campo da Saúde Mental.

Como operar o princípio doutrinário da *integralidade* quando o sujeito em sofrimento é resumido à sua dimensão biológica e tratado a partir dos suprimentos medicamentosos, sem incluir na produção de saúde as necessárias conexões com outras políticas públicas ou tampouco a análise crítica do seu contexto? Como fazer valer a *universalidade* se os usuários não equacionam os impasses que lhe produzem sofrimento devido à forma de organização do trabalho nos dispositivos institucionais, que, ao não ofertar uma escuta qualificada e nada além dos suprimentos medicamentosos, produzem a dependência deles ao serviço ocasionando listas de espera intermináveis? Como efetivar a *participação social* se a relação é absolutamente assimétrica e o saber que não é técnico-científico é invalidado?

Se a anatomia e a fisionomia do PPHM se apresentam como antípodas radicais do ideário de saúde coletiva. Com isso, não seria possível adjetivar a Saúde Mental como coletiva somente na medida em que o PPS avançasse em direção à hegemonia?

CAPÍTULO 3. EXPERIÊNCIAS DE INTERCESSÃO

Durante o período em que trabalhamos, tanto no ambulatório, quanto na UBS ou na docência, confrontamo-nos com um funcionamento hegemônico nos estabelecimentos institucionais de saúde mental: o PPHM. Sua presença se confirmava na organização dos equipamentos, nas propostas terapêuticas e na relação que se estabelecia com a população.

Desde a experiência enquanto estagiário no Ambulatório de Saúde Mental, percebíamos que, embora houvesse tentativas de subversão por parte de algumas trabalhadoras dos equipamentos, a centralização das decisões na figura da coordenação de saúde mental do município minava o potencial dessas ações e promovia uma sensação de letargia entre os membros da RAPS.

Essa característica se apresentava indiscretamente. “Você sabe, não é professor? A *rede* na verdade sou eu”. Essa foi a primeira frase registrada no diário de intercessão, proferida pela coordenadora de Saúde Mental do município numa reunião inaugural conosco: estagiário e supervisor/orientador, e que daria o tom da realidade que experimentaríamos durante o trabalho.

O modo de operar centralizado estava enraizado de tal maneira no funcionamento da rede dos equipamentos de Atenção à Saúde Mental que, mesmo quando pretendia transmitir certa autonomia para os demais trabalhadores, a coordenadora reafirmava a lógica institucional: “Pessoal, eu não vou poder participar no dia do evento, mas fiquem firmes, vocês sabem que na minha ausência vocês são a *rede*, vocês são eu lá (sic)”, fala enunciada ao final de uma reunião em que se organizava um evento em comemoração ao dia da luta antimanicomial, do qual a coordenadora não poderia participar. Causava estranhamento perceber que não havia, aparentemente, constrangimento nem para a coordenadora, tampouco para a equipe uma frase flagrante como essa, que demonstrava nenhum compromisso com uma organização de trabalho horizontalizada.

A verticalidade das relações também se dava através da concentração de poder decisório na construção dos projetos terapêuticos singulares (PTS) pelos psiquiatras, como também na discussão dos casos nas reuniões de equipe. Quando os médicos psiquiatras participavam das reuniões, se mostravam premidos pela grande demanda de atendimentos que havia nos numerosos

estabelecimentos onde atendiam, de modo que sua assiduidade não era garantida, mas o saber psiquiátrico era sempre requisitado como avalista para qualquer decisão que fosse tomada. A supervalorização dos médicos era flagrante.

Essa alta demanda dos usuários para atendimentos com os psiquiatras era, inclusive, um reflexo da relação idealizada da clientela e da modulação da procura pelo próprio estabelecimento. Poucos eram os usuários que desejavam receber atenção que não se desse, necessariamente, através da única terapêutica exclusivamente médica: a administração de psicofármacos.

A lógica de funcionamento do equipamento institucional produzia, além do acúmulo de trabalho para a psiquiatria, uma desconsideração dos saberes não médicos, e listas de espera por atendimento que pareciam intermináveis, contrariando a própria lógica de um *serviço portas abertas*. Diante disso, nossa proposta inicial foi oferecer a recepção dos sujeitos em dispositivos coletivos. Propusemos grupos de recepção que poderiam, a depender do seu andamento, se transformar em grupos psicoterapêuticos psicanalíticos.

A ideia foi aceita, até porque não aparentava para o corpo técnico do estabelecimento nenhuma exigência que lhes demandaria participação ativa, e poderia ainda contribuir para a diminuição das listas de espera por atendimento.

Iniciamos os trabalhos em duplas de graduandos com dois horários disponíveis para receber os usuários que constavam em listas de espera. A maioria dos sujeitos já estava há muito tempo aguardando e pouco se interessavam quando fazíamos contato. Não foram poucas as vezes que ouvimos: “Nossa, nem lembrava mais que tinha procurado atendimento aí, faz tanto tempo. Acho que já não preciso mais”. Outras vezes comprometiam-se a ir até o equipamento, mas não apareciam. A possibilidade de serem recebidos em grupos também parecia não agradar. Quando apresentávamos essa proposta durante a chamada telefônica, havia uma reação de surpresa e de desconforto e a ideia de se expor frente a outras pessoas aparentemente desencorajava os sujeitos em sofrimento.

Ademais, a imagem que circulava sobre o estabelecimento era de um local depositário de loucos, um manicômio a céu aberto (AMARANTE, 1996; COSTA-ROSA 2013), ao qual os usuários só recorriam depois de esgotadas

outras alternativas. Dentre elas, escutávamos comumente: buscavam ajuda para seus sofrimentos psíquicos em igrejas, terreiros e centros espíritas²³.

Conseguimos receber dezenas de pessoas nos grupos de recepção que propusemos, porém para que isso fosse possível tivemos de atender a sugestão que a equipe nos fizera quando, nas reuniões da RAPS, reclamávamos da baixa adesão dos usuários à nossa oferta. Diziam: “Vocês precisam ficar na porta dos médicos, se apresentarem e pedir para que eles encaminhem os pacientes para vocês.”

Nossa intenção de ter o grupo de recepção como possibilidade de entrada dos sujeitos no equipamento estava frustrada e era pouco efetiva a sugerida sedução aos médicos, pois depois de medicadas, as pessoas já não se interessavam por qualquer outra terapêutica. O medicamento cumpria o seu efeito tamponador da demanda subjetiva.

O trabalho no Ambulatório permitiu nos apropriarmos de importantes perspectivas sobre a estratégia com grupos e, sobretudo, nos credibilizou como aliados da RAPS.

No ano seguinte, com as mudanças realizadas na gestão do município, e consequentemente com a troca da Coordenação de Saúde Mental possibilitaram uma reorganização da RAPS. A nova gestora pretendia efetivar a lógica de funcionamento estabelecida pela portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde, focando a entrada dos usuários na *rede* através dos equipamentos de Atenção Básica e prioritariamente a partir dos dispositivos grupais. Cientes do percurso realizado por nós no período de estágio e do interesse em articular o trabalho em Saúde Mental com grupos psicoterapêuticos, nos convidaram a retornar a RAPS para contribuir com a reorganização dos atendimentos.

Já concluída a graduação, organizamos um projeto de extensão supervisionado pelo professor Dr. Abílio da Costa-Rosa em que duplas

²³ As possibilidades de cura buscadas pelos sujeitos do sofrimento junto aos estabelecimentos religiosos é um tema que merece atenção. Costa-Rosa (1995) produziu uma pesquisa e uma tese de doutorado na qual investigou as práticas de cura místico-religiosas, com o título: “Práticas de cura nas religiões e tratamento psíquico na saúde Coletiva”, sob orientação do Prof. Dr. Ryad Simon. Dada a relevância dos dados apresentados por Costa-Rosa (1999, 2008), bem como suas conclusões para a análise das práticas psicoterapêuticas na Saúde Coletiva e para a análise da subjetividade contemporânea, trata-se de trabalho importante a ser conhecido e estudado.

compostas por um psicólogo e um estagiário de psicologia se inseriam nas UBS's para oferecer grupos de recepção para a população.

A princípio a intenção da gestão era de que essas duplas pudessem *ensinar* os psicólogos e psicólogas da *rede* a trabalharem com dispositivos grupais. Essa proposta foi recusada por nós diante da inviabilidade de capacitar os trabalhadores nas circunstâncias daquele tipo de vínculo e mesmo porque os próprios trabalhadores alegavam não dispor de tempo para uma capacitação, uma vez que isso precisaria ser realizado em um horário para além do expediente de serviço deles.

Desse modo, nossa proposta de trabalho com grupos de recepção foi disseminada pelas UBS's e fazíamos uma oferta terapêutica a mais, ao lado das já existentes e das que eram construídas pelos trabalhadores concursados.

Essa empreita engendrada durante o ano de 2017 permitiu importantes ações de intercessão e de reflexão que motivaram nosso ingresso no programa de pós-graduação e a continuidade dos trabalhos com os grupos de recepção e os grupos psicoterapêuticos no ano seguinte. Permanecemos inseridos na equipe e no cotidiano da UBS, ofertando o trabalho com grupos instrumentado pela psicanálise de Freud-Lacan.

Visávamos promover uma estratégia que subvertesse a ética médica psiquiátrica hegemônica nos equipamentos que ofertavam “atenção” em saúde mental. Acreditávamos na possibilidade de utilizar uma outra forma de atendimento diante da grande demanda e da insuficiência de recursos que pudesse receber os sujeitos do sofrimento sem lhes impor que integrassem as famigeradas e, por vezes, irresolutas listas de espera por atendimento. Críamos que

o momento em que uma pessoa [decidia] recorrer a um serviço psi [era] o momento em que ela se [convencia] de que seus próprios recursos, ou os recursos de que dispunha até então, não [eram] suficientes para ajudá-la a lidar com seu sofrimento. No caso de um serviço que no imaginário social carrega uma conotação de gravidade, enlouquecimento etc., esse passo costuma significar muita coisa. E exige uma urgência de acolhimento [...] Dizer a uma pessoa em momento tão delicado que antes de dois meses ela não [poderia] ser ouvida por ninguém [era] desconsiderar aquilo que é o motor primeiro de todo tratamento: o sofrimento que produz demanda de ajuda. (TENÓRIO, 1996, p.51)

Com a primazia do grupo como instrumento de trabalho desde a recepção, tínhamos “uma possibilidade de colocar em questão a problemática da economia do desejo, dos processos de subjetivação e, quem sabe, chamar a atenção para a urgência de se criarem laços de solidariedade e alianças de cidadania” (BARROS, 1994, p. 145). Consequentemente, propusemos um modo divergente do modelo amparado pelo PPHM.

Para isso, tornava-se imprescindível uma escuta atenta que contribuísse para romper o ciclo de adoecimento psíquico, a partir da preocupação em desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa do paciente. Por desmedicalizar a demanda, entendíamos oferecer uma escuta que levasse em conta o sujeito por trás dos seus sintomas; não se tratava, então, de uma terapêutica da remissão dos sintomas. Tratava-se de promover na fala do paciente a emergência de sua singularidade (OLIVEIRA, 2000, p.32).

Divulgamos no território a oferta de atendimento em grupos e disponibilizamos horários durante o expediente de serviço do estabelecimento. Os sujeitos interessados precisavam ligar ou ir até a UBS manifestando seu interesse e deixando um contato para que pudéssemos procurá-los, ou poderiam ir até a UBS no horário disponibilizado para participarem do grupo de recepção.

Não produzíamos listas de espera, mas ficávamos atentos ao número de sujeitos distribuídos em cada horário para que garantíssemos a realização de cada grupo com média de cinco sujeitos, Mais Um (o intercessor) – conceito extraído da teoria lacaniana dos cartéis (JIMENEZ, 1994) e um co-terapeuta (o psicólogo e o estagiário alternavam-se na função de coordenação do grupo).

Essa modalidade de atendimento tinha a duração de até uma hora e meia e seu objetivo consistia em acolher a demanda dos sujeitos do sofrimento estruturando-se como *Entrevistas Preliminares*, com suas funções: Sinto-mal, Diagnóstica e Transferencial (QUINET, 2009).

Quando encerrávamos essa atividade com os grupos permanecíamos por mais algumas horas participando da rotina do estabelecimento. Nossa presença na UBS se assemelhava a dos trabalhadores concursados. Embora acreditássemos que psicólogos, médicos, dentistas deveriam participar por mais tempo da rotina da UBS, em decorrência do acúmulo de cargos e do trabalho em outros locais e estabelecimentos institucionais, havia uma diferença flagrante de permanência entre esses e as enfermeiras, técnicas e secretárias.

Se por um lado isso nos incomodava, foi por essa razão que fomos incluídos enquanto um a mais no dia a dia do equipamento. Não estávamos diariamente, tampouco durante o expediente todo, e essa realidade já era comum na UBS.

Nossa inserção no Programa de Pós-Graduação além de garantir a continuidade desse trabalho que durou de maio de 2017 até dezembro de 2018, permitiu maiores reflexões e a possibilidade de atuar como docente e supervisor de “Estágio em Instituições de Saúde”²⁴, com estudantes de Psicologia de uma Instituição de Ensino Superior Privada, no interior do Estado de São Paulo. Esse campo contribuiu para a ampliação das possibilidades de olhar para a realidade dos equipamentos de Saúde Mental em um considerável número de pequenos municípios do centro-oeste paulista. Constatamos, infelizmente, que a mesma realidade da Saúde Mental se repetia nesses variados estabelecimentos.

De saída, através da vivência nas reuniões de equipe, supervisões com os graduandos e no cotidiano em conversas de corredor e na convivência com os outros trabalhadores e usuários da rede, sobretudo no trabalho de atendimento clínico, podemos afirmar que a organização e a prática operada em saúde mental demandam importantes transformações, ao preço que, se denegadas, relegamos aos trabalhadores não médicos uma posição de secretariado do saber psiquiátrico, e aos usuários a tutela institucional nos moldes do PPHM (COSTA-ROSA, 2013).

Com características taylor-fordista, ou seja, pautadas em uma organização que pretende alcançar o máximo de rendimento com o mínimo de esforço e tempo, as práticas tendem para um modo de produção de Atenção massificado, que inviabiliza a efetivação dos princípios do SUS ou de qualquer intenção de humanização, ampliação da clínica ou atenção integral aos sujeitos do sofrimento.

Contribui ainda para todo esse cenário, e é inadiável dizer, a precarização do sistema público de saúde: com poucos recursos e profissionais, além de escassas oportunidades de formação, assim forjam-se trabalhadores que atuam de forma automatizada, cansada e enrijecida pelas condições (ou na falta delas) de trabalho.

²⁴ Título da Disciplina Obrigatória do componente curricular de graduação em Psicologia da Faculdade em que atuei.

Portanto, as reflexões que seguem são fruto do trabalho e das intercessões na instituição de saúde, em seus equipamentos de Atenção Básica e Especializada enquanto trabalhador intercessor e supervisor de estágio.

Destacamos alguns pontos que apresentaremos a seguir, a começar pela (1) concepção de sujeito da qual partimos e a implicação que ela tem para nosso trabalho; (2) a pertinência que percebemos dos saberes psicanalíticos para o estabelecimento de uma Saúde Mental Coletiva; e (3) a tática dos grupos psicoterapêuticos psicanalíticos que engendramos durante a práxis.

3.1 Uma concepção específica de sujeito e suas consequências

“Por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis” (LACAN, 1966/1998, p. 873)

A epígrafe dessa seção consta no texto *A ciência e a verdade*, de 1966, em que Lacan (1998) alerta, dentre outras reflexões, para o fato de que o psicanalista orienta sua práxis a partir da concepção que tem de sujeito, e, por essa razão, dedicar-se a refletir sobre essa concepção torna-se imprescindível para ele. Percebemos que, avisados pela psicanálise, tornava-se imperativo sustentar um trabalho que na instituição era pouco comum, justamente pela compreensão que tínhamos de sujeito e de suas problemáticas.

Freud não fez ao longo de sua obra senão uma referência implícita sobre a sua concepção de sujeito. Embora não se possa negar que o vienense acolheu as noções filosóficas presentes do seu tempo, submetendo-as a um debate crítico e à análise clínica que resultou numa subversão que redefiniria o que é a experiência humana (FINK, 1998; CABAS, 2009), é em Lacan que encontraremos exaustivamente um debate sobre essa concepção.

Ao evocarmos o termo *sujeito* não nos referimos à dimensão de aceção de agente como contraponto de objeto, tampouco do sujeito de direitos²⁵ (embora ele aqui esteja suprasumido), mas ao sujeito da psicanálise. Mas, afinal, quem é esse sujeito?

²⁵ Para uma discussão sobre o sujeito de direito e o sujeito psicossocial, consultar capítulo terceiro da dissertação de Bueno (2016) intitulada: *Clínica ampliada: interlocuções entre a psicanálise e a Atenção psicossocial*.

O sujeito a que nos referimos é também o da ciência (LACAN, 1998). Dizer isso é imprescindível, porque existe e existiram outros, a saber: o sujeito da magia e o sujeito da religião (ASKOFARÉ, 2009). Porém, nossa concepção não se limita à cientificista cartesiana, mas parte da superação dialética promovida por Freud: o sujeito é também onde ele não pensa. Em outras palavras, “o eu não é o senhor da sua própria casa” (FREUD, 1917/1996, p.178). Essa constatação, a propósito, é nomeada pelo inventor da psicanálise como terceira ferida narcísica, correlata da superação heliocêntrica de Copérnico, e da teoria da evolução de Darwin; e a ela Freud atribui a antipatia comum para com a psicanálise, e por consequência a resistência erigida a ela. Quer dizer, nossa noção de sujeito diz respeito ao sujeito do inconsciente.

Ora, o que Freud nos traz é o seguinte – as elaborações do sujeito de que se trata não são, de maneira alguma, situáveis num eixo onde, na medida em que fossem mais elevadas, se confundiriam cada vez mais com a inteligência, a excelência, a perfeição do indivíduo. Freud nos diz – o sujeito não é a sua inteligência, não está no mesmo eixo excêntrico. O sujeito como tal, funcionando como sujeito, é algo diferente de um organismo que se adapta. É outra coisa, e para quem sabe ouvi-lo, a sua conduta toda fala a partir de um outro lugar que não o deste eixo que podemos aprender quando consideramos como função num indivíduo, ou seja, com um certo número de interesses concebidos na areté [virtude/excelência] individual. Por enquanto vamos ater-nos a esta metáfora tópica – o sujeito está descentrado com relação ao indivíduo (LACAN, 2010, p.19)

O processo de constituição primária desse sujeito depende da imersão do “filhote de homem” (LACAN, 1949/1998a, p.97) em um banho de linguagem que acontece, comumente, na primeira instituição²⁶ em que habita: a família, em suas variadas configurações. Quer dizer, “nenhum sujeito pode ser causa de si mesmo” (LACAN, 1964/1998b, p.855), tampouco a humanidade dependeria somente de se nascer de outra humana. Para que se constitua, o sujeito precisará adentrar um jogo de identificação e desidentificação, de alienação e separação que dará as primeiras nuances de sua subjetividade e lhe permitirá

²⁶ Tomaremos instituição não como uma instalação material, mas como uma prática social que, na medida em que se repete, se legitima. Nela há uma articulação de saberes e práticas em um discurso lacunar, em que os sujeitos ao mesmo tempo que são constituídos nela, também a constituem (COSTA-ROSA, 2000; BENELLI; COSTA-ROSA, 2003).

no futuro vivenciar “situações socialmente elaboradas”²⁷ (LACAN, 1949/1998a, p.101).

Podemos enunciar agora o que chamamos de sujeito do inconsciente também como

o sujeito do significante [...] veiculado pelo significante em sua relação com outro significante, ele deve ser severamente distinguido tanto do indivíduo biológico quanto de qualquer evolução psicológica classificável com objeto da compreensão.

Essa é, em termos minimais, a função que confiro à linguagem na teoria (LACAN, 1966/1998, p.890).

Temos, portanto, o sujeito como efeito de linguagem. Assim, sua constituição é histórica, cultural e marcada por características particulares dos discursos que o fomentam e, inclusive, que o antecedem. Da afirmação lacaniana: “o inconsciente é, no fundo dele, estruturado, tramado, encadeado, tecido de linguagem” (LACAN, 1956/1985, p. 139) depreendemos o sujeito como produção social, fruto de sua relação com o Outro, não exclusivamente os pais, mas

o Outro do discurso universal que determina o inconsciente como transindividual. Ora, o Outro, entendido nesse sentido, ou seja, o simbólico, se ele é invariável em sua estrutura – aquela da linguagem –, é também submetido às mudanças, às mutações, às rupturas, às subversões (ASKOFARÉ, 2009, p.169).

²⁷ Podemos apresentar esse processo de constituição do sujeito em três tempos lógico-cronológicos: o tempo do narcisismo, o tempo da percepção do caráter cessível da realidade e o tempo da objetividade ou constituição da realidade compartilhada.

O primeiro tempo, do narcisismo, é operado pela função materna, pelos significantes do desejo da “mãe”. Esse sujeito que insere o infans na linguagem lhe empresta seus significantes para que ao alienar-se nela o sujeito possa constituir-se primariamente. No tempo da percepção do caráter cessível da realidade o infans confronta-se com rupturas que lhe anunciam a impossibilidade de ser um com o Outro, de completude. Opera-se uma preciosa positividade do negativo, pois é nesse momento que se inaugura para o sujeito a falta, mas para além da carência, na direção do carecimento, apresenta-se aí a pedra angular para a constituição do desejo. O terceiro tempo é resultado da assimilação da instância terceira, a função paterna ou o *nome-do-pai*, alguém ou algo que cumpra a função de intervir e impedir o uno entre o Outro e o infans. Nesse momento o sujeito conclui a tarefa de metaforização dos significantes do desejo adquiridos no tempo do narcisismo e os eleva ao estatuto de significantes dos ideais socioculturais, o que corresponde também à assunção da posição de divisão do sujeito entre consciência e inconsciente. A depender de como opera a cisão por essa instância terceira o sujeito constitui-se secundariamente, podendo ser a partir do recalçamento, da renegação ou da forclusão. É na arquitetura de cada uma dessas estruturas que o sujeito vivenciará singularmente as situações sociais complexas, podendo encontrar impasses específicas de cada uma dessas realidades psíquicas. Ver em Lacan (1999), Dor (1989; 1996), Nasio (2007).

Dito de outra maneira, em nosso conceito, o sujeito precisa ser compreendido “simultaneamente como ser social (“entre” os homens) e como ser de sentido (“entre” os significantes)” (COSTA-ROSA, 2011, p. 746). Uma produção social, a pulsação de uma cadeia significativa que não cessa de não se escrever, ou seja, em um processo de constituição contínuo que nos permite compreendê-lo como inacabado e, conseqüentemente, como uma máquina de subjetivar, de subjetivação. Se quisermos, em outras palavras, as de Guimarães Rosa (1979), se trata de considerar que “as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando” (ROSA, 1979, p.24-25).

Ao constituir-se primariamente, independentemente de sua estrutura,²⁸ poderá haver irrupções da realidade, sejam mudanças, perdas ou impasses, para as quais o sujeito pode não ter repertório imaginário e/ou simbólico para lidar. Esse é o momento que o faz ansiar e procurar por Atenção.

Vejamos como nossa definição de objeto afeta os meios de trabalho²⁹: a partir da noção de sujeito na qual nos alicerçamos, que, embora parta do sujeito da ciência, o supera, temos “uma das inversões básicas dos meios de tratamento do modo psicossocial em relação aos meios típicos do modo asilar” (COSTA-ROSA, 2000, p.155) no acolhimento dessa demanda.

Se, por um lado, nas práticas tutelares cabe a **responsabilização subjetiva** (termo por vezes atribuído equivocadamente a um dos objetivos de uma práxis psicanalítica), partindo do modo psicossocial, a Atenção visa facilitar um processo de **implicação subjetiva**.

Em outras palavras, não poderíamos ceder à possibilidade de reputar ao sujeito culpa pela problemática em que está inserido. Seria um contracenso quanto ao qual Lacan já alertara:

Sua descoberta [de Freud] foi ter soletrado, escandido o inconsciente, e desafio a dizerem que isto possa ser outra coisa que não a observação de que há um saber perfeitamente articulado, pelo qual, falando propriamente, **nenhum sujeito é responsável**. Quando de repente um sujeito chega a encontrar, a tocar esse saber que não esperava, ele fica, pois bem, ele que fala, fica bastante desconcertado (LACAN, 1992, p.81)

²⁸ Sobre o processo secundário e as modalidades estruturais do processo de constituição psíquica, ver o Seminário 5 de Lacan (1999).

²⁹ Referimo-nos ao termo que Costa-Rosa (2000; 2013) designa para descrever os parâmetros que diferenciam os paradigmas, conforme apresentado no capítulo 2 dessa dissertação.

Ao investigar a origem da proposição “responsabilidade subjetiva”, estrangeira aos textos de Freud ou de Lacan, Eidelsztein (2015) a situa como uma adoção por parte dos psicanalistas de uma concepção individualista do sujeito, típica da lógica capitalista neoliberal. Nela, haveria a desconsideração da destituição homologada pela psicanálise no cogito, que Dutra (2015) nos oferece com clareza

“Eu não penso”, ele [Lacan] situa entre o “penso” e o “sou” o surgimento de alguma coisa cuja particularidade seria “não ser Eu”, no lugar mesmo do ergo/logo, na intersecção do cogito. Lacan localiza aí o maior perigo de erro, que seria desconsiderar a essência do não-eu que constitui o Isso. Qualquer um que incorra nesse erro, para Lacan, torna-se ridículo: qualquer um que desconsidere o não-eu, que ignore o Isso; qualquer um que esteja seguro sobre o sujeito pleno, substancializado, unificado – sujeito herdeiro da tradição filosófica que faz da alma ou da mente “alguma coisa que é” – como no caso da psicologia, por exemplo. O Isso, para esses, será sempre um “eu mau” – que deve ser combatido em prol de um “eu bom” – ou um “eu fraco” – que deve ser fortalecido conforme um “eu forte”. (DUTRA, 2015, p.22)

A ideia de responsabilização subjetiva refere-se a imputar culpa ao sujeito por seu sofrimento. Ela é uma apropriação, “una concesión del psicoanalista a la moral capitalista en la que habita” (EIDELSZTEIN, 2015, p.11).

Marcar essa diferença nos importa, pois nossa práxis não se trata de restituir ao Eu centralidade no processo de estabelecimento do sofrimento do qual o sujeito se queixa. Ao nos referirmos à implicação subjetiva não pretendemos fazer essa concessão egóica, mas imprimir um caráter de desnaturalização ao sofrimento do qual o sujeito se queixa. Agindo de outro modo, nossa atuação incorria em uma prática tutelar ou tipicamente neoliberal (como o coaching), e que tem por finalidade relegar o sujeito novamente à condição de objeto sobre o qual se aplica uma intervenção psicologizante.

A desnaturalização do sofrimento contido no sintoma parte da hipótese freudo-marxiana, de que os sintomas manifestos em sofrimento, capazes de mobilizar o sujeito a procurar ajuda têm uma função e um sentido: “objeção ao contexto social, cultural e intersubjetivo no qual emerge e é produzido” (COSTA-ROSA, 2013, p.108). O sintoma atenderia de maneira ambivalente à representação paroxística da objeção e à representação de emissário de uma pulsação instituinte eclipsada. Desse modo, podemos extrair a necessidade de

ler o sofrimento não como uma ruptura qualquer, como uma inadaptação, mas como “rupturas que acontecem num contexto complexo de fatores subjetivos, econômicos, sociais, culturais e políticos” (p. 109).

Podemos depreender que a implicação subjetiva consiste, por um lado, em possibilitar ao sujeito a participação direta e o protagonismo na produção de um saber capaz de modificar sua posição com relação ao sofrimento do qual se queixa, e exige um *corpus* de produção institucional complexo, composto, além do sujeito em sofrimento, por trabalhadores de diferentes disciplinas, desde que não recaiam numa lógica taylorista de trabalho, mas que sejam capazes de operar de forma transdisciplinar.

Impõe-se a superação das cisões entre saberes e fazer-saber, evidenciadas, por exemplo, no PPHM pela verticalidade entre o saber psiquiátrico e sua supremacia irrestrita sobre os demais saberes e a objetificação do sujeito. Ou seja, não se trata da substituição do saber-poder psiquiátrico por outro, mas a dissolução desse tipo de relação, a superação da divisão social e da divisão parcelada do trabalho (COSTA-ROSA, 2000).

Na lógica asilar que prescinde dessa superação das cisões entre saberes e fazer-saber “a práxis tende a tornar-se um fazer imediatista, e o saber que é posto em ação: um ‘saber sobre’. E um ‘saber sobre’ dificilmente não será um ‘poder sobre’” (COSTA-ROSA, 2000, p.104) ou em palavras lacanianas: “no exercício de um poder” (LACAN, 1958/1998, p. 592).

A perspectiva da Estratégia de Atenção Psicossocial exige um posicionamento singular de seus trabalhadores que recuse o exercício de um poder normativo-disciplinar, cuja função seria a de um coadjuvante **intercessor** no processo de produção de saúde mental. Tais trabalhadores, a partir de seus saberes, técnicas e práticas devem favorecer o protagonismo e a retomada de movimento (pulsante-desejante) dos sujeitos.

3.2 A urgência subjetiva: é imperativo escutar os sujeitos

Outra consequência da posição que tomamos em relação ao sujeito estava na necessidade de contruirmos um modo de atendimento que pudesse acolher a *emergência desse sujeito*. Expressão que destacamos por evidenciar outra diferença entre o modelo hegemônico de Atenção e o que nos propusemos

a fazer. Cientes de que na Saúde Mental coexistem discursos, Barreto (2004), buscamos contribuir com uma análise sobre algumas das diferenças quanto à concepção de urgência nesse campo.

Na urgência médica privilegia-se o corpo-biológico, apreendido pelo discurso científico como corpo-máquina, sendo que a crise que origina essa urgência é considerada como a “ruptura aguda da homeostase e/ou integridade física do organismo” (BARRETO, 2004, p. 47). Nesse sentido a ameaça a ser considerada seria a de invalidez ou de morte.

Diferentemente dessa perspectiva, na psicanálise a urgência diria respeito à urgência subjetiva, e a crise é compreendida como uma ruptura da cadeia significante, ou seja, como um momento em que os recursos imaginários e simbólicos se tornam insuficientes para representar o sujeito diante da realidade. Nesse momento, o que o sujeito do sofrimento diz, fala pouca coisa, uma vez que o gozo carece de significante para transformá-lo. Tendem a prevalecer uma desarticulação, o silêncio, o pranto, um grito. E, no extremo da impossibilidade de palavra, o sujeito poderia passar até a um ato homicida ou suicida.

Se na urgência médica o intervalo entre a chamada e a espera precisa ser mínimo e o médico deve atender tão logo quanto possível o sujeito-paciente, no campo psicanalítico, o trabalhador espera o sujeito vir, ou ser trazido, pois embora haja sofrimento, a demanda nem sempre está presente no início e a oferta de escuta/atenção precisa ser construída. “Ou seja: passar da urgência segundo o Outro à urgência do sujeito” (BARRETO, 2004, p.47).

Enquanto na urgência médica prioriza-se reestabelecer a homeostase ou a integridade física do organismo, sem que a prioridade seja a questão-causa, na urgência subjetiva o analista procura complexificar a situação, pondo o discurso em movimento, a fim de estabelecer o contexto da crise. Trata-se de um trabalho que pretende colocar o paciente-objeto numa direção em que advenha o sujeito, tratando pela palavra o gozo que se apresentou como sendo da ordem do insuportável, no recalçamento abrindo caminho para o desejo e na forclusão para estabilização e reposicionamento das bengalas imaginárias (QUINET, 2009), ou recursos imaginários de potencial simbolizante (COSTA-ROSA, 2013).

Barreto (2004) estabelece uma tabela que pode nos ajudar a compreender tanto a diferença entre urgência médica e urgência subjetiva quanto as perspectivas diversas quanto ao sujeito no PPHM e no PPS.

Perspectiva Médica	Perspectiva Psicanalítica
Em jogo: o corpo biológico	Em jogo: o sujeito
Crise: ruptura aguda da homeostase	Crise: ruptura aguda da cadeia significativa
No horizonte: invalidez, morte	No horizonte: passagem ao ato
Que não haja intervalo entre chamado e resposta	Importa a pressa, mas também a pausa
Paciente: objeto do trabalho médico	Que do paciente objeto advenha o sujeito
Coisas para fazer	Coisas para dizer
Objetivo: restabelecer a homeostase e/ou integridade física do organismo	Objetivo: transformar a urgência mediante sua inscrição na cadeia significativa
Seguimento: tratamento das causas	Seguimento: construção do caso clínico

(BARRETO, 2004, p.48)

Percebemos no cotidiano dos estabelecimentos de Saúde que operavam hegemonicamente a partir do PPHM, a prevalência de um olhar que era lançado aos usuários como sendo homólogo à perspectiva da emergência médica. Essa concepção de objeto e de forma de intervenção se mostrava ineficiente no atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico e promotora de dois fenômenos institucionais: um atendimento com características Taylor-fordistas e a produção das iatrogênicas filas de espera por atendimento (COSTA-ROSA, 2004).

Sobre os atendimentos de modalidade Taylor-fordistas, consideramos que era a proposta de operacionalização que objetivava uma organização que pretendia alcançar o máximo de rendimento com o mínimo de esforço e de tempo, e as práticas tendiam para um modo de produção de atenção em linhas de produção (COSTA-ROSA, 2004; 2011; 2013), coerente com o Modo Capitalista de produção, a saber: de administração de psicofármacos. Não se apresentava no horizonte o necessário posicionamento dos sintomas entre

parênteses (AMARANTE, 1996; COSTA-ROSA, 2013; PÉRICO, 2014; COSTA, 2016) para que adviesse o sujeito, pelo contrário, “havia coisas para fazer” (BARRETO, 2004, p. 48) e o sujeito que carregava o sofrimento era interpretado como alguém sobre o qual a intervenção médica deveria operar, na direção do reestabelecimento da homeostase física do seu organismo.

A outra cena era o não atendimento dos sujeitos. Produziam-se filas de espera inermináveis, que por sua vez reforçavam o PPHM, e construíam uma representação social negativa da instituição, além da desassistência aos sujeitos.

Operando nesse paradigma, com os trabalhadores pressionados pela demanda constante, as triagens burocráticas prevaleciam na recepção dos sujeitos que, após a escuta quanto aos seus sintomas, passavam a integrar uma lista de espera. Os usuários eram alocados nas listas em uma gradação, em que os primeiros da lista seriam os que apresentassem sinais de ideação suicida ou de automutilação e possivelmente receberiam atendimento, enquanto que os demais que constavam na lista, sabidamente teriam poucas chances de receber tratamento.

Essa prática, comum nos municípios por nós acompanhados, ecoava socialmente no território das UBSs e, conseqüentemente, podíamos perceber uma crescente encomenda por parte dos sujeitos com ideação suicida e/ou automutilação. Aí se constatava a exatidão do enunciado: a oferta cria a demanda.

Em contrapartida, as propostas que consideravam a promoção da prevenção do suicídio, por exemplo, resumia-se em práticas pontuais, típicas do período de campanha do “Setembro Amarelo”. Essa era, a propósito, a maior demanda para o trabalho dos estagiários por nós supervisionados, quando estavam no estabelecimento UBS: de que produzissem material durante o dito mês para apresentarem em palestras ou nos corredores do estabelecimento em forma de panfletos.

Se entendemos que o eclipsar o sujeito em seu sintoma é o avesso de uma proposta amparada no PPS, também a criação das listas de espera são causa de insatisfação, pois se na emergência do sintoma de sofrimento psíquico há porta de acesso ao sujeito (BARRETO, 2014), aloca-los nas listas seria

descredibilizar seu sofrimento psíquico, propulsor primário da demanda por tratamento (TENÓRIO, 1996).

Se Amarante (1996) denunciava as violências da assistência psiquiátrica brasileira, diante da lógica hospitalocêntrica, é imperativo se refletir sobre como outra forma de violência se presentifica, a da imposição medicamentosa indiscriminada, mas também a desassistência, sob suas várias formas.

Assim, a proposta de uma recepção-escuta (PÉRICO; COSTA-ROSA, 2015), dialeticamente contraditória com as típicas triagens, através dos grupos de recepção, ganhava sustentação não só por ter como consequência direta a redução das filas ou das listas de espera, pois se assim fosse, em pouco ou quase nada se diferenciaria das práticas serializantes, mas sim pela possibilidade de escuta da emergência do sujeito em sofrimento. Entendemos isso como acesso inclusive para um reposicionamento do sujeito em relação ao valor de uso da Saúde, e então para sua implicação no processo de sua construção (CAMPOS, 2000).

3.3 A tática dos grupos psicoterapêuticos psicanalíticos como possibilidade de recepção-escuta

Nossa tática dos grupos psicoterapêuticos psicanalíticos visou, somando-se a outras tão profícuas, inclusive em diferentes perspectivas no amplo campo da própria psicanálise, que por uma contingência de tempo não poderemos explorar aqui, avançar em direção a uma clínica-política. É fundamental lembrar que, assim como todo produto acadêmico formal proveniente de nossa práxis, não temos a ambição de estabelecer um roteiro ou manual, tão pouco no trabalho com grupos partindo dessa teoria, mas refletir e demonstrar através de alguns trabalhos realizados e, é claro, de nossa intercessão a possibilidade de sustentação desses nossos dispositivos grupais.

bo dispositivo grupal

A constatação da necessidade de que a psicanálise evoluísse do caráter intrapsíquico para uma leitura ampla da sociedade estava, indubitavelmente, em

Freud, tal qual em grande parte dos psicanalistas que o sucederam, embora não em todos, haja vista que há hegemonicamente um estereótipo de que a prática da psicanálise só é possível nos moldes tradicionais da clínica privada, e em atendimentos individuais.

Não são poucos os trabalhos que versam sobre a prática com grupos nos equipamentos públicos. Se, por um lado, há a terapêutica medicamentosa de maneira prevalente, por outro, os psicanalistas resistem, criando possibilidades de Atenção majoritariamente por meio de atendimentos em grupo como meio para tal (BION, 1970; GUATTARI, 1974; VIEIRA, 2008; SOLLER, 2016; CASTANHO, 2018).

Talvez a estratégia grupal de Atenção se deva a grande demanda e dos numerosos sujeitos em sofrimento que chegam aos equipamentos públicos de Saúde e a insuficiência de trabalhadores para atendê-la, ou ainda, possivelmente, seja uma resposta ao incômodo freudiano quanto à necessidade de oferta de atenção à população:

Se a psicanálise [...] é capaz de fornecer ajuda àqueles que sofrem em sua luta para atender às exigências da civilização, esse auxílio deveria ser acessível também à grande multidão, demasiado pobre para reembolsar um analista por seu laborioso trabalho. Isso parece constituir uma necessidade social, particularmente em nossos tempos (FREUD, 1923, p.166)

Uma outra razão, e tendemos a desejar que seja assim, se deveria ao entendimento de que diante de impasses importantes da vida, que impelem o sujeito a procurar por atendimento psicológico, a modalidade de atendimento em grupo pode trazer benefícios valiosos. No grupo psicoterapêutico, como afirma Costa-Rosa (2011), há grandes possibilidades de emergência de significantes que desloquem o sujeito e o coloquem em contato direto consigo para além do que o sintoma tampona dele mesmo. Ou ainda pela constatação de que essa forma é uma resposta de resistência a um modelo neoliberal que impõe uma vida individualizada e que os grupos poderiam representar a mesa de partilha da palavra (LAURENT, 1998) na perspectiva de um outro modo de fazer-saber.

Cabas (2009) postula que para o sujeito adentrar na humanidade, é imprescindível que seja inserido no universo da linguagem, do simbólico, sendo

que esse ingresso é totalmente intersubjetivo, coletivo, e o sujeito como efeito de dois significantes é, por essência, coletivo.

É necessário, portanto, avançar na compreensão de inconsciente para além da concepção freudiana de recalcado da história individual, incluindo uma concepção que o compreenda como produtor dinâmico de sentido (COSTA-ROSA; PASTORI, 2011). Trabalhamos crendo que é no discurso, na máquina significante, que se emerge, em processos de enunciado/enunciação, os sentidos, que tanto podem ser individuais ou coletivos, porém indelevelmente singulares.

3.3.1 Dos grupos de recepção ao grupo psicoterapêutico

Os objetivos de um grupo de recepção eram perpassados pela intenção de responder a uma demanda de atendimento em saúde mental, sem perder de vista a qualidade do atendimento, diminuindo a espera por tratamento, como também inicialmente permitindo uma adesão transferencial ao trabalho no grupo, para assim, possivelmente, se desenvolver um grupo propriamente psicoterapêutico, coerente à lógica de atendimento em saúde coletiva. Era fundamental, uma vez alicerçados em um modo de produção outro, salientar que, ao afirmarmos a proposta como intencionada em responder à demanda de atendimento, não colocávamos em primeiro plano uma resposta aos moldes do MCP, que uma oferta de atendimento está amparada em aproveitamento de mão de obra e redução do tempo de trabalho. Compreendíamos serem essas possíveis consequências; mas em primeiro plano estava o atendimento à urgência do sujeito.

A importância dessa oferta se devia a compreensão da diferença de concepções referentes à urgência que havia entre os discursos psiquiátricos e psicanalíticos. Se na urgência médica o que estava em jogo era o corpo-biológico, corpo-máquina, para nós a *urgência* era subjetiva, era a emergência do sujeito.

Metaforicamente, é como se diante de uma exigência da realidade faltasse repertório para que o sujeito pudesse responder, ou ainda, como se, apesar de um armário repleto de trajes, faltasse-lhe um específico e impreterível, para uma determinada ocasião. Entendíamos que “dizer a uma pessoa em

momento tão delicado que antes de dois meses ela não [poderia] ser ouvida por ninguém [era] desconsiderar aquilo que é o motor primeiro de todo tratamento: o sofrimento que produz demanda de ajuda.” (TENÓRIO, 1996, p.51).

Essa problemática implicava que, se a oferta de Atenção ao sofrimento acontecesse escutando-se uma encomenda não alienada da demanda – a partir da Psicanálise – essa urgência oportunizaria a emergência de um sujeito do desejo, do carecimento (COSTA-ROSA, 2013; PÉRICO; COSTA-ROSA, 2015).

Os grupos de recepção cumpriam essa função de atenção à demanda, sendo essa modalidade de atendimento homóloga à proposição de Quinet (2009), precedido por Freud (1913;1914), de que todo processo de análise, e sabemos que o dispositivo grupal se inclui entre as possibilidades de análise (COSTA-ROSA, 2013), exige um tempo prévio de trabalho, anterior à própria análise, as chamadas “entrevistas preliminares”.

Nesse tempo primeiro do processo de tratamento havia o estabelecimento de algumas condições para o trabalho, aglutinadas por Quinet (2009) em três modalidades: função sintomal, função diagnóstica e função transferencial. É importante salientar de antemão que tais funções se davam de modo não cíclico, mas embricadas, e que ao ofertar uma escuta orientada pela psicanálise na recepção, percebíamos já um trabalho de tratamento e envolvimento do próprio sujeito em suas questões, conseqüentemente com efeitos terapêuticos (PÉRICO; COSTA-ROSA, 2015).

À função sintomal correspondia o necessário envolvimento do sujeito em sua queixa, em sua problemática, fazendo assim uma passagem de queixa à questão. “É preciso que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo” (QUINET, 2009, p. 20-21).

Em relação à função transferencial, ela se apresentava antes mesmo do primeiro encontro concreto entre os usuários e o grupo. Quando os sujeitos ouviam falar a respeito do dispositivo grupal, fosse pelos trabalhadores do estabelecimento ou pelos cartazes de divulgação, começava ali a circular imaginariamente algumas suposições a respeito do que poderia ser aquele espaço. Se, inicialmente, o crédito era reputado ao estabelecimento ou à pessoa que fazia a indicação, ao ingressar no dispositivo, gradualmente o sujeito, a partir do nosso posicionamento enquanto terapeutas, depositava em nós uma

suposição de saber, o sujeito suposto saber, a crença de que um saber que poderia solucionar seu conflito, ou minimamente amenizar seu sofrimento, se encontrava encarnada no terapeuta. Segundo Quinet (2009), isso seria um efeito da histerização do sujeito que se dirigiria a um mestre esperando dele uma resposta que desse conta de solucionar o seu sintoma. E o estabelecimento dessa função era imprescindível para o início do trabalho, ainda que almejassémos que o sujeito avançasse dessa posição para outras etapas do percurso preliminar.

Em outras palavras, há que salientar: existem diferenças e passagens no âmbito da transferência. Dentre elas a *transferência anônima*, que guarda semelhanças, numa comparação didática, com a relação que alguém doente estabelece com seu médico, ou de um (a)luno - entendido como um sujeito supostamente sem luz, com ausência de saberes - com seu professor (MILLER, 1989). O psicólogo, avisado pela psicanálise, precisa então interceder junto ao sujeito para que se opere uma passagem, levando-o a indagar se estaria “anônima”, encarnada no analista, na instituição, ou nele mesmo, uma verdade, que por essência é inconsciente, capaz de mudar sua realidade. Passagem essa que, a partir da teoria dos discursos de Lacan (1992), seria uma evolução do discurso de mestria em direção a um discurso histórico, uma posição de autoquestionamento.

No manejo grupal contribuímos com esse movimento na medida em que nos posicionávamos como ignorantes interessados, ou como quem portava uma ignorância-douta (QUINET, 2009; DIONÍSIO, 2018), que sabe que não sabe, mas que pode ajudar o analisando na travessia ao encontro de sua verdade (parcial, não toda). Suspende-se o conhecimento para que advenha o saber inconsciente (COSTA-ROSA, 2011). Não se tratava de atuar frente o sujeito, fingindo não saber, mas nos abstermos de responder imaginariamente às demandas a nós endereçadas, cientes de que atender a demanda [encomenda] era necessariamente frustrá-la, uma vez que de fato não tínhamos um saber que pudesse operar senão tamponamentos. Estávamos naquele momento a serviço do estabelecimento de uma *transferência de significação*.

Seguindo com o trabalho nessa frequência, o saber que alocava os sujeitos no discurso da histeria³⁰ poderia direcioná-los ao Discurso do Analista, em que haveria possibilidade dele se posicionar em *transferência de trabalho*, em que havia um reconhecimento de que o saber já não estava no terapeuta, tampouco fora dele, mas era inconsciente (LACAN, 1992; QUINET, 2000).

Para tanto, respondendo desde a posição de semblante do objeto, cabia a nós, terapeutas: interceder, no grupo, que era nosso foco, enquanto “mais um” – conceito componente da teoria dos cartéis desenvolvida por Lacan (JIMENEZ, 1994); facilitar o movimento da máquina significante, fazer circular o discurso, manter o fluxo da associação livre, a fim de que houvesse uma produção de sentido realizada pelo grupo em suas singularidades (COSTA-ROSA; PASTORI, 2011).

Definimos o grupo como dispositivo de produção coletiva de sentido. Este pode ser produzido tanto por cada indivíduo em sua relação com o coletivo, quanto entre os indivíduos, na condição de produção significante compartilhada. Tanto num caso quanto no outro, opera o sujeito compreendido como efeito do significante em sentido amplo. Essa produção de sujeito, homóloga à produção de sentido igualmente suportada individual e coletivamente, pretende produzir efeitos nos aspectos individuais e coletivos que estão na origem do sofrimento e dos sintomas. (COSTA-ROSA; PASTORI, 2011, p. 2)

O efeito enunciativo nesse circuito não dependeria exclusivamente de uma provocação do terapeuta, mesmo sendo primordialmente dele a função de relançar sentidos, fazer circular a palavra e movimentar a máquina significante. Essa intercessão poderia vir enquanto produtora de efeitos de qualquer fala no grupo que se deslocava de uma verdade e colocava o sujeito para pensar suas próprias questões. Esse detalhe consite numa diferença fundamental quanto ao atendimento individual, embora até então pouco parecia diferir. Essa particularidade evidenciava a especificidade do dispositivo grupal.

Para isso, conduzíamos o dispositivo grupal abstendo-nos da posição de mestria; operávamos como uma caixa de ressonância, relançando os significantes e não traduzindo imaginariamente os conteúdos a partir de nossas próprias identificações (LACAN, 1998; COSTA-ROSA, 2013). Percebíamos

³⁰ Falaremos mais à frente com maior grau de detalhamento sobre os discursos como laços sociais; mas para uma imersão no tema ver Lacan (1992).

como era imprescindível, apesar de sermos convidados continuamente a ocupar um lugar de poder, atraente como costuma ser, estabelecer uma escuta que se recusava a impor um saber-poder, abstendo-nos de uma intervenção colonizadora

Para que o sujeito possa se engajar na produção da subjetividade da saúde, considerada em sentido amplo, é necessário que o intercessor-terapeuta seja capaz de deslocar-se da posição do “suposto-mestre supridor”, para a função de coadjuvante propulsor e facilitador do processo de produção, no qual apenas o “sujeito do sofrimento” pode estruturalmente ser o protagonista. Falando especificamente, isso equivale a fazer operar a produção (de sentido) significante que a psicanálise do campo de Freud-Lacan denomina Significante Mestre (S1). (COSTA-ROSA, 2013, p. 304)

Por último, não nos desatentávamos da terceira função das entrevistas preliminares: corresponde à diagnóstica; interrogando o registro simbólico dos sujeitos através das modalidades de constituição subjetiva: recalçamento, forclusão e renegação, com suas respectivas formas de sofrimento psíquico. Era necessário para o manejo clínico estarmos minimamente avisados dessa dimensão.

Creemos que esse pequeno fragmento de sessão pode ilustrar a dinâmica do dispositivo grupal, tal como procuramos operar na práxis.

Em um dos grupos de recepção realizados na UBS recebemos três mulheres que, por sigilo, nomearemos como Maria, Sonia e Rose. Embora inicialmente fosse um grupo aberto, elas mantinham uma frequência regular que sugeria pra nós haver uma suposição delas de que aquele dispositivo poderia lhes oferecer algo útil.

Maria era uma senhora de 72 anos, aposentada, e procurou o grupo depois de, ao vir até o estabelecimento para uma consulta com a dentista, notou nosso cartaz de divulgação quanto à realização de atendimentos em grupos terapêuticos e acreditou que participar do grupo lhe faria bem. “Precisava falar”, dizia ela. Havia dois anos que o marido falecera e ela relatava que vivia a dor da partida dele como se fizesse apenas dois dias. O grupo da igreja e os familiares diziam que já era tempo dela “tocar a vida em frente”, mas a dor não deixava.

Sonia, por sua vez, mulher de 42 anos, era conselheira tutelar. Depois de acompanhar o pai, acometido de câncer, nos últimos meses de vida, teve um episódio de “pânico” no trabalho, o que a fez procurar ajuda psiquiátrica. Meses

depois recebeu de uma parente a sugestão de que também fizesse terapia, e como o grupo acontecia no horário de seu almoço, decidiu experimentar.

Rose, de 50 anos, era auxiliar de limpeza e estava afastada do trabalho depois de ser diagnosticada com depressão maior. Dedicava-se a cuidar de um filho que há um ano sofrera um acidente de moto e tinha pinos na perna. Sua depressão “coincidentemente”, segundo ela, começara alguns meses depois do acidente do filho.

Esse fragmento é proveniente do oitavo encontro do grupo. Havia muito trabalho já em curso.

Rose chegou com um atraso de 10 minutos e ao entrar na sala interrompeu a fala de Maria que estava relatando um sonho. Disse:

- Ai, gente, desculpa! Estava atrás do psiquiatra. Pedi pra ele aumentar a dose do meu remédio. Deus me livre. Não estou dando conta não. O Maycon agora deu de querer ir pra rua com a aquela perna toda lascada. E vai mancando... que ódio. Já falei pra ele que eu não vou ficar atrás de marmanjo na rua não. Se a perna ficar ruim e tiver que arrancar fora, ele vai ver só. Aí eu vim pra ver se consigo uma receita de uma dose mais forte do meu remédio. Aquele...como chama? Ah, não lembro. Mas também eu acho que não adianta nada, porque eu já tomei de dois e tem horas que só Jesus na causa.

- Ah é? Não adianta, Rose? – indaguei.

Antes que ela pudesse dizer algo, Sonia começou a falar:

- O meu remédinho tá certinho. Graças a Deus, mas eu também tô de férias, né? Depois que voltar ao trabalho já começa tudo de novo.

- Ai, fia, você não quer dar um jeito no Maycon quando voltar pra trabalhar? – Disse Rose, rindo e olhando em direção a Sonia, que respondeu:

- Menina, eu já não dou conta nem do meu trabalho, imagina mais um maior abandonado. Só se você me der o seu remedinho junto. Sua resposta produziu uma explosão de risadas por parte das três, exceto de nós, terapeuta e co-terapeuta. Não rimos, não por falta de bom humor, mas porque entendíamos se apresentou ali um conteúdo enunciativo.

- Ih, vocês estão com cara de bolacha. – Interrompeu, Maria.

Com um sorriso de canto de boca respondi:

- Eu estou é pensando aqui de que remédio estamos falando. – E um silêncio, aparentemente enunciativo, toma conta da sala.

Há muitos elementos importantes nesse fragmento, conteúdos que somente à posteriori puderam ser aquilatados para nós, constituindo uma cadeia de significantes e que puderam ser desenvolvidos na continuação do trabalho psicoterapêutico. Mas destacamos essas falas porque nos parecem suficientemente significativas para demonstrar a dinâmica de um começo de trabalho do dispositivo grupal, evidenciando como as falas se encadeiam e podem descristalizar posições e colocar os sujeitos para movimentarem a máquina significante.

É a retomada da potência de produção do sentido radicalmente novo, que é capaz de mudar a relação do sujeito com o sentido do sofrimento e do sintoma, e ao mesmo tempo permitir-lhe outros modos de posicionamento, nas relações sociais (laços sociais) que se encontravam dificultadas ou mesmo impossibilitadas. (COSTA-ROSA, 2013, p. 304)

3.4 Uma forma particular de relação com os sujeitos e a Instituição

As proposições de um modelo de Saúde Coletiva, seguida das propostas de Humanização representam importantes avanços no campo da Atenção à Saúde no Brasil, sobretudo pela contribuição que trouxeram no sentido de promover um descentramento da medicina enquanto exclusiva detentora do saber sobre a Saúde. Contudo, algumas considerações se fazem necessárias a fim de compreendermos seus atuais limites e pensarmos em algumas possíveis contribuições da psicanálise para uma Saúde Mental Coletiva.

Ao retomarmos com Campos (2000) as motivações que inspiraram a emergência da saúde coletiva, percebemos que a crítica ao positivismo, constitutivo fundamental das práticas sanitárias tradicionais, estava no cerne da questão, e com ela a intenção de fundar um campo científico com uma teoria, metodologia e política que privilegiassem o social enquanto categoria analítica. Porém, “o saber dominante em saúde coletiva tendeu a subestimar a importância dos sujeitos³¹ na construção do cotidiano e da vida institucional” (CAMPOS, 2000, p.222), negligenciando sua relação com a instituição.

³¹ Nesse momento *sujeito* diz respeito ao sujeito de direitos, ainda que considerada sua dimensão histórica e social. Não cremos que estivesse incluída a noção psicanalítica.

Outrossim, se o discurso de Saúde Coletiva por um lado pode criticar e reconstruir saberes e processos de produção de Saúde, era preciso atenção para não hipervalorizar a determinação social dos processos saúde/doença e desqualificar os fatores de ordem biológica e subjetiva. O perigo dessa perspectiva consiste em negar, por exemplo, um modelo clínico.

Haveria o risco do novo discurso de uma Saúde social se converter no mal ao qual ambicionava se contrapor, substituindo na centralidade o discurso médico por outro supostamente detentor de um saber *total* sobre a saúde,

Outro não tem sido o procedimento dominante na medicina, que desautoriza, em princípio, todo o saber e toda a prática sobre saúde, produzidos fora de sua própria racionalidade. Ao criticá-lo, com pertinência, a saúde coletiva tende a adotar a mesma postura totalitária e disciplinar. (CAMPOS, 2000, p.222)

Ademais, a subjetividade estruturada desse movimento se amparava na necessidade coletiva organizada em sujeitos coletivos como o Estado, partidos, organizações comunitárias. Ponto que careceria de atenção especial, uma vez que poderia sinalizar a suposição de uma igualdade formal entre os indivíduos que a compunham, característica, não coincidentemente, homóloga à lógica disciplinar (CARDOSO JÚNIOR, 2011).

A essa estrutura, Campos (2000) propunha, em dois momentos, as seguintes ressalvas

Assim, à promessa de objetivação asséptica do positivismo, é preciso contrapor a subjetividade dos agentes sociais em todas as fases do processo saúde/doença/intervenção, inclusive quando da elaboração de conhecimentos e tecnologias (...)

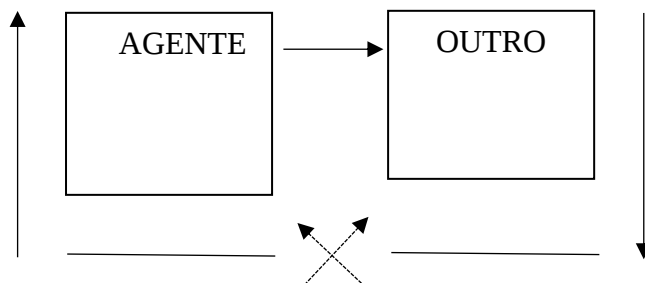
Além do reconhecimento de que a saúde coletiva é um saber constitutivo e essencial a todas as práticas em saúde, é fundamental admitir que também se produzem conhecimentos, políticas e valores relevantes para saúde a partir de outros campos. (CAMPOS, 2000, p.223)

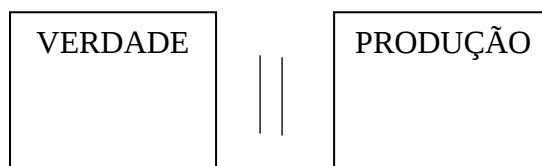
Partindo desses alertas, podemos compreender a necessidade de se estabelecer um campo transdisciplinar a fim de que se opere uma subversão da lógica em funcionamento no campo da saúde. Isso, justamente, advoga em favor da nossa sustentação da pertinência de um trabalhador intercessor precavido, sobretudo, no que nos concerne, pela psicanálise. E sinalizamos *subversão* não sem razões.

Checchia (2015), ao retomar os textos freud-lacanianos, propõe uma distinção importante entre *revolução*, palavra usual nas discussões dessa ordem, e *subversão*, que nos permite a análise de que o discurso de saúde coletiva, inadvertido dos alertas de Campos (2000), tenha produzido, ou melhor, almejado uma revolução, uma vez que não foi alcançada, e não a necessária subversão no campo, sobretudo na saúde mental.

Segundo Checchia (2015), Lacan (1992) no seminário intitulado: “*O avesso da psicanálise*” se utiliza do termo *revolução* para referir-se aos quartos de giros na teoria dos discursos. Essa utilização não seria sem razões. Lacan o faz no contexto histórico da Revolução de 68 na França e o psicanalista guardava certa animosidade com os líderes desse movimento, justamente por crer que eles ambicionavam um **UM**, um **S1**, uma unidade disciplinar encarnada na figura de uma liderança.

Atenhamo-nos a teoria dos discursos como laços sociais. Lacan (1992) postulou que os relacionamentos humanos, a forma de fazer laço com o Outro, se dá a partir de uma estrutura que tem em sua arquitetura quatro elementos situados em quatro lugares que possuem funções específicas e inter-relacionadas, nomeadas por ele como Discursos. Nesses lugares as funções não são intercambiáveis, mas os elementos sim, e suas mudanças ocorrem necessariamente em quartos de giros: passagens de lugar promotoras de quatro configurações diferentes para a estrutura do Discurso, ou propriamente, quatro discursos, a saber: Discurso do Mestre, Discurso da Histórica (ou do Sujeito), Discurso do Analista e Discurso Universitário (LACAN, 1992).





Discurso como laço social

O agente é o elemento que põe o discurso em ação. Faz o outro trabalhar para obter uma produção que, por sua vez, visa uma finalidade. As barras paralelas (//) indicam a impossibilidade de um Modo de Produção atingir cabalmente seus fins, para o bem ou para o mal. As barras horizontais indicam operação de recalçamento, de velamento, daquilo que está sob elas. (COSTA-ROSA, 2013, p. 186)

Partir dele é oportuno, pois é dele que os outros discursos são deduzidos, e porque uma vez as funções não são intercambiáveis, mas os elementos sim, nos permite avançar por um caminho introdutório.

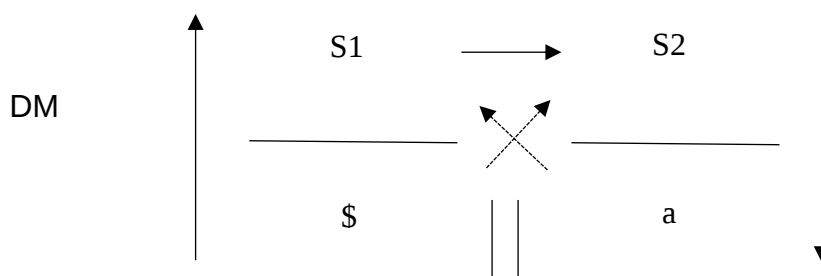
A seguinte legenda dos elementos também é útil para que se possa compreender de que se trata:

O **\$** figura o sujeito, não o indivíduo (o que é indivisível), mas o sujeito dividido entre a consciência e o inconsciente, ex-sistência ou ser de sentido – um “entre” significantes; também pode ser dito o sujeito que aparece como signifiante no Outro.

O **S1** figura a ação de saber, ou o poder do mestre (tirano), também designa o signifiante mestre – um enigma de sentido inconsciente.

O **S2** figura o saber já sabido (enciclopédico), também representa o conjunto de todos os significantes ou o campo do simbólico.

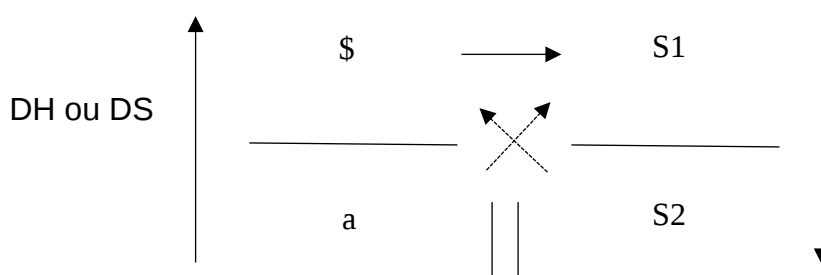
O **a** figura o objeto condensador de gozo, o mais-gozar (homólogo da mais-valia), também designa o objeto-causa do desejo, ou ainda um produto-produção (LACAN, 1992; COSTA-ROSA, 2013, p. 186).



Representação do Discurso do Mestre

No **DM**, o agente **S1** significativo Mestre (ou o UM) está sobre um sujeito barrado, sujeito dividido em inconsciente e consciente, saber e verdade. O **S1** faz uma encomenda ao Outro, um saber já sabido, enciclopédico: **S2**. Esse Outro, por sua vez, está sobre um objeto causa do desejo: **a**, - objeto condensador do gozo, homólogo à mais valia marxiana -, que ocupa também a posição de produção. Essa produção, é interdita pelas barras verticais da verdade, posição aqui ocupada pelo **\$**.

Em um quarto de giro para direita estaríamos frente ao Discurso da Histeria ou Discurso do Sujeito.

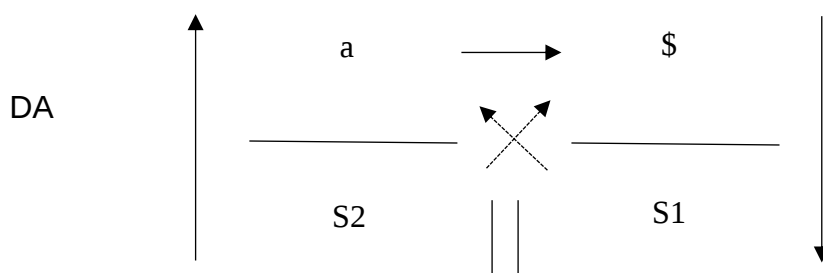


Representação do Discurso da Histeria

No Discurso da Histeria, veríamos que no lugar do agente há um sujeito que, por alguma razão, concluiu ser expressão de uma incompletude, ou seja, abandonou em certa medida uma ideia de inteireza consistente (**\$**); esse está sobre uma verdade recalcada, aqui expressa pelo objeto causa do desejo (**a**).

Esse \$ encomenda do Outro, aqui um **S1**, que representaria supostamente um saber encarnado ou alguém que detém um saber, uma produção **S2** que dê conta da sua demanda, **a**, de seu conteúdo velado, recalcado (que poderíamos entender como expresso por um sintoma).

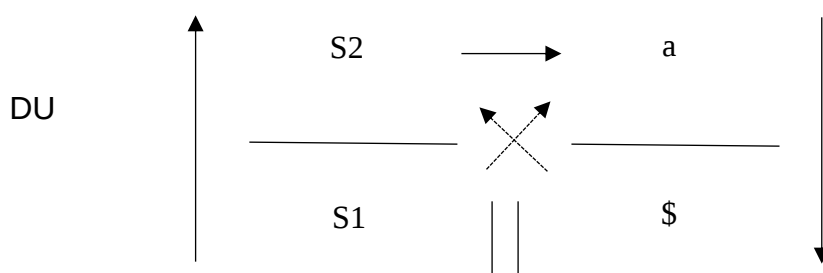
Mais um quarto de giro à direita e temos o Discurso do Analista.



Representação do Discurso do Analista

Nesse discurso o próprio objeto causa do desejo (**a**) é quem assume a posição de agente mobilizando o Outro, \$ na produção de novos **S1**, os quais não precisam assumir o caráter de **S1** do discurso do mestre, saber rígido e normativo. Já no lugar da verdade recalcada está um saber **S2**, justamente um não sabido, ou não acessível generosamente ao sujeito.

Por fim, no último quarto de volta antes de retornar ao **DM**, temos o Discurso Universitário.



Representação do Discurso Universitário

O Discurso Universitário tem o saber (**S2**) no lugar de agente do discurso, apoiado no significante mestre (**S1**), ou seja, numa suposição de saber todo. Do lado direito estão o **a** no lugar de Outro, que nesse contexto poderia ser

assumido pelo a-luno – no sentido etimológico da palavra: ausente de luz – sobre um sujeito cindido no lugar de produção (\$).

De acordo com Checchia, ao utilizar o termo *revolução* nesse contexto, Lacan denunciava que o giro completo nos discursos, partindo do DM, teria invariavelmente como destino o próprio DM, quer dizer, a crítica lacaniana se referiria ao sentido mais comum do termo *revolução*. Em outras palavras, uma revolução poderia ter como destino o retorno a uma ordem anterior conhecida, que por alguma razão fora perturbada, sendo a expressão de um movimento que tenderia sempre ao retorno a um saber total, disciplinar. “Nas mais diversas configurações do discurso do mestre, sempre prevalece a política do Um. As revoluções não subvertem essa política” (CHECCHIA, 2015, p.382), ou com Lacan (1981):

A noção mesma de quarto de volta evoca a revolução, mas certamente que não no sentido em que revolução é subversão. Muito ao contrário, o que gira, e o que chamamos *revolução*, está destinado, por seu enunciado mesmo, a evocar o retorno (LACAN, 1981, p.57).

Mas como escapar disso? Para essa questão, Checchia apresenta a proposição de Lacan: “uma subversão da política do Um” (p.383), a decadência de uma lógica de funcionamento.

Temos um retrato exemplar no gérmen da psicanálise, o movimento de subversão freudiano quando, na contramão do positivismo de seu tempo, subverte a Atenção em saúde mental da época ao erigir a técnica inexorável da psicanálise: a associação livre. Até então a verdade supostamente capaz de cessar o sofrimento de alguém encontrava-se nos umbrais dos cientistas, que se esmeravam para *demonstrar* deter um saber consistente, total, ao qual o sujeito em sofrimento deveria se submeter a fim de ser curado. Com a técnica freudiana a palavra que mais importava era a do próprio sujeito. Em primeiro plano estava o *sentidor*³² que surpreendentemente, naquele momento, produzia, ao falar livremente, o curar-se (DUNKER, 2011).

Com a queda dos ideais de uma verdade toda, que obviamente vai além da proposta da associação livre, mas diz respeito a sustentar a política que sustenta a técnica, o sujeito podia (e pode) reposicionar-se em sua relação tanto

³² Referência à locução “Um sentir é do sentente, mas o outro é do sentidor” (ROSA, 1979, p.291)

com o sofrimento quanto com o desejo. A própria noção de cura assume outra dimensão: segundo Costa-Rosa (2013), a noção heideggeriana:

curar-se. (...) poder inalienável do próprio sujeito de dar as constantes e intermináveis respostas às solicitações do real e da realidade; longe, portanto, de qualquer postura...[de] “cuidar de”; forma avessa à ética da psicanálise e das formas de psicoterapia que pautam por ela seu horizonte ético. (COSTA-ROSA, 2013, p. 242)

Lacan, ao criticar o movimento estudantil de 68, dizia que, para haver uma mudança de fato, “seria preciso que a questão fosse atacada não no nível de umas cócegas feitas nos professores, mas no nível das relações do estudante, como sujeito, com o saber” (LACAN, 1968, p. 384). Entendemos que no campo da saúde coletiva, a subversão demandaria a mudança na relação do sujeito com a saúde (CAMPOS, 2000). E então como a psicanálise enquanto discurso político poderia nos servir a fim de contribuir para uma subversão das práticas em Saúde Mental?

Com Lacan (1968/2008) encontramos a sustentação para a hipótese que experimentamos na práxis

Como efeito do saber, somos cindidos. Na fantasia, somos, por mais estranho que isso pareça, causa de nós mesmos. Só que não existe um si mesmo. Há, antes, um si dividido.
Entrar nesse caminho, é daí que pode decorrer a única verdadeira revolução política (LACAN, 1968/2008, p. 377)

A compreensão de que tanto o sujeito quanto o Outro não são uma unidade consistente, mas um \$, e mesmo nessa incompletude, causa de si mesmo, é a condição para que possa ocorrer uma subversão. Daí decorre o famoso aforisma lacaniano de que o inconsciente é a política. Se o inconsciente é a política, sua base ética é a consideração de que há um sujeito do carecimento, do devir, portanto em constante processo de transformação, de subjetivação (COSTA-ROSA, 2013), esteja em qual posição estiver.

Em outras palavras, tanto na relação com os usuários quanto entre os trabalhadores era preciso consentir: não há um saber total que dê conta de toda complexidade da realidade

Não se trata, absolutamente, de negar os avanços da saúde coletiva, tampouco da reforma da psiquiatria, em especial da Reforma Psiquiátrica

Brasileira, que, opondo-se aos procedimentos homogêneos e padronizados que caracterizavam o modelo manicomial, propôs novos e importantes dispositivos na assistência e saúde mental (AMARANTE, 1996; TENÓRIO, 2002; COSTA-ROSA, 2013; RINALDI, 2015) com a intenção de resgatar os direitos de cidadania dos usuários.

Entretanto, diante da institucionalização dos novos dispositivos de Atenção à Saúde Mental, atravessados pela viva herança de seus predecessores há, sem dúvidas, o “risco de reprodução, sob novas roupagens, de antigas práticas” (RINALDI, 2015, p.316), amparadas na lógica tutelar. Havia e persiste a crença de um saber anterior sobre o que seria melhor para o usuário, chamada por Rinaldi (2015) de “moral assistencialista”. O preço dessa práxis acometer as relações institucionais da equipe técnica é a imposição de um caráter pedagógico (não Paulo-freiriano) e normativo, (re)tornando a falácia de uma Atenção ortopédica.

A ética que sustentamos na práxis “deve ser pensada como uma proposta política, em um processo que pretende reconstruir as formas de assistência pública à saúde mental a partir de outro paradigma” (RINALDI, 2015, p.318); Buscamos adotar uma posição diametralmente oposta à moral assistencialista carregada da pretensão de saber, o que é melhor para o sujeito previamente, arriscando produzir uma escuta surda, incapaz de abrir-se para o sujeito singular.

Ouvíamos dos técnicos, referindo-se a usuários que frequentavam de longa data o estabelecimento, que a demanda não mudava, estavam ali há anos, mas eram resistentes, repetitivos. Pouco a pouco, percebíamos que se tratava mesmo de “re-petição”. Quer dizer, persistiam alguns sujeitos pedindo que fossem atendidos no que era mais impetuoso: seu sofrimento e seu desejo. Suspender o saber de mestria significaria desensurdecer a escuta tanto para os sujeitos em sofrimento quanto para os outros trabalhadores que poderiam oferecer outras possibilidades intercessoras.

Resumidamente, para que essa subversão opere, de acordo com Costa-Rosa (2013), quatro pressupostos se impõem, e nos orientamos por eles na práxis:

(1) Embora o sujeito encomende chancelas para seus sintomas, ou seja, confirmações de diagnósticos por ele já conhecidos, e também localize no

psicólogo ou no psiquiatra que recebe seu pedido de ajuda uma suposição de saber que daria conta de cessar seu sofrimento, é fundamental que o trabalhador se incomode e recue desse lugar, reconhecendo e operando de modo a que o sujeito reconheça-se como único capaz de produzir um saber balsâmico sobre si;

(2) Faz-se necessário também compreender a existência de um plano para além da consciência fundando esse sujeito, que participa de sua própria construção como protagonista, tanto na dimensão sociocultural quanto subjetiva;

(3) Reconhecer o ineditismo do encontro do sujeito com a instituição/estabelecimento, tanto quanto o ineditismo dos efeitos que esse encontro produzirá, seja para o próprio sujeito como também para a os laços-sociais em que está inserido, incluindo a instituição;

(4) Por último, é preciso uma suspensão “do saber enciclopédico-pedagógico-cuidador” (p.320), assim dispondo o trabalhador para uma experiência nova, não colonizadora através das teorias e conceitos que lhe apetece.

SÍNTESE CONCLUSIVA

Uns agem sobre os homens como a terra, soterrando-os e abolindo-os, e esses são os mandantes do mundo.

Uns agem sobre os homens como o ar, envolvendo-os e escondendo-os uns dos outros, e esses são os mandantes do além-mundo.

Uns agem sobre os homens como a água, que os ensopa e converte em sua mesma substância, e esses são os ideólogos e os filósofos, que dispersam pelos outros as energias da própria alma.

Uns agem sobre os homens como o fogo, que queima neles todo o accidental, e os deixa nus e reais, próprios e verídicos, e esses são os libertadores (PESSOA, 1966, p.109).

Como sabemos, não é pouco comum ou impossível de perceber que as motivações para se esmerar em um trabalho de pesquisa, sobretudo no campo psi, encontram-se inscritas na trajetória pessoal do sujeito. Não foi diferente nesse trabalho.

Enquanto usuário e, principalmente, como trabalhador psicólogo, reverberava em mim inquietações histriônicas sobre o pouco, quando não a inexistência, de acesso das pessoas que dependiam dos estabelecimentos públicos de saúde mental a um tratamento que lhes desse condições de equacionar seus conflitos. Não só calar os seus sintomas, entorpecendo-as e tornando-as dependentes de algum medicamento ou de algum mestre encarnado em figuras de autoridade, mas um tipo de tratamento do qual as classes menos desfavorecidas - lê-se: pobres - costumam poder se beneficiar, que permite ao sujeito aberturas de sentidos e condições de realizar a travessia de suas identificações e de suas fantasias (CHECCHIA, 2015). E, além das inquietações dessa ordem, a ferida narcísica revelada na impotência que sentia desde o tempo do estagiário de psicologia ao perceber que não restava outra função aos trabalhadores não-médicos, entre os quais já me incluía, a não ser secretariar a psiquiatria, e às pessoas que buscavam atendimento estavam reservadas a submissão e a tutela.

Isso foi a força motriz que colocou em movimento esse trabalho de *intercessão* que, depois de iniciado, possibilitou e verteu na presente dissertação de mestrado. Entendemos que nossas reflexões, os referenciais teóricos que nos interessavam e as configurações do trabalho que relatamos, naturalmente estabeleceram como modo de produção de conhecimento o Dispositivo Intercessor. E ele justamente nos interessa porque autoriza o trabalhador a

produzir conhecimento na práxis e para práxis, a partir de seus pressupostos fundamentais de superação das dicotomias saber/fazer, sujeito/objeto.

É inegável e fundamental reconhecer as contribuições que a reforma psiquiátrica, o estabelecimento do Sistema Único de Saúde, as políticas de humanização, a organização da Rede de Atenção Psicossocial trouxeram para o campo da Atenção em saúde mental.

No entanto, não podemos estar míopes para o fato de que há um jogo de forças entre saber/poder em curso atravessando a instituição de saúde mental, e que nesse jogo existem interesses econômicos tais como a exploração do lucro e da mais-valia por meio da venda crescente de medicamentos, interesses de classes profissionais, assim como a luta de classes propriamente dita, além de intenções de controle e docilização dos corpos (SZASZ, 1994; AMARANTE, 1996; ROUDINESCO, 2000; COSTA-ROSA, 2013). Negligenciar essa dimensão pode fazer de nós trabalhadores inocentes úteis ou cúmplices inadvertidos dessa lógica.

Em contrapartida, há também pessoas se esforçando para, nas brechas do instituído, operar orientados por uma outra lógica, amparada em éticas dissonantes das tutelares e ambicionando modos de produção que contrariem o modo capitalista que persiste hegemônico.

Nós aprendemos dos campos da Saúde e da Saúde Mental Coletiva ainda outra concepção de paradigma: 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. Essa polarização pode chegar à configuração bem nítida de paradigmas contrários que se digladiam durante tempos indeterminados, até chegarem à substituição de um pelo outro; situação em que poderíamos visualizar um corte maior (COSTA-ROSA, 2013, p. 76).

Experimentamos e refletimos a partir da hipótese de que um trabalhador precavido pela psicanálise seria pertinente para a saúde mental coletiva. Quer dizer, para que a Atenção em Saúde Mental pudesse ser coerente com os fundamentos da saúde coletiva, as contribuições psicanalíticas nos parecem fundamentais.

O reestabelecimento da psiquiatria como saber absoluto sobre as doenças mentais, a partir da década de 1970, iniciou-se com o vigoroso esforço da Associação de Psiquiatria Americana, fortalecida pela indústria farmacêutica, de trajar a psiquiatria novamente com suas vestimentas brancas, ou seja, de “remedicalizar” a profissão, promovendo e aproveitando-se da ligação que a população costuma estabelecer entre a medicina e a verdade científica, sendo que tal iniciativa dependia de que o divã freudiano fosse relegado à “caçamba de lixo” (WHITAKER, 2017, p. 276). Sendo assim, se a ascensão dessa ideologia que é hegemônica nos estabelecimentos de Saúde, composta pelo saber médico psiquiátrico e pelas éticas tutelares, teve em sua gênese na recusa da psicanálise, não seria o seu retorno necessário para se fortalecer um paradigma emergente que se enfrentasse com o hegemônico?

Se, como afirma Lacan (1998), o produto de uma ética é necessariamente uma política, postulamos decididamente que a ética psicanalítica – mas não sozinha –, seria capaz de operar uma política que pudesse fazer frente às “éticas tutelares e consumistas em suas diferentes fisionomias, [em] homologia com a lógica e a ética do Modo Capitalista de Produção neoliberal globalizado consumista” (COSTA-ROSA, 2013, p. 321).

De que modo? Partindo da concepção muito específica de sujeito que alicerça a psicanálise, que por sua vez orienta os meios de trabalho e as estratégias terapêuticas e éticas, incluindo a reflexão sobre as formas de relacionamento com os sujeitos em suas demandas e a organização do dispositivo institucional.

Destarte, é justamente por essa fundação ética, sobre a qual se estrutura a psicanálise enquanto discurso que possui efeitos políticos singulares, que compreendemos sua inclusão no campo da Saúde Mental Coletiva, fortalecendo o Paradigma Psicossocial, que se caracteriza por ser essencialmente transdisciplinar e descolonizador.

As pulsações político-desejantes constituem sempre a (sub)versão dos sintomas e das diferentes irrupções da angústia – pois sempre há política no desejo e desejo na política, daí a necessidade da proposição de que essa subversão deva ser almejada e relançada, para os sujeitos e coletivos, por meio de revoluções nos modos do processo de produção de subjetividade, e do próprio processo de produção saúde-adoecimento-atenção. (COSTA-ROSA, 2013, p. 321)

Esperamos ter articulado de modo hábil nossa escrita a fim de deixarmos claro que não se trata de demonizar ou mesmo cancelar (palavra comum no vocabulário atual) a disciplina psiquiátrica (ou qualquer outra) ou seus trabalhadores, mesmo porque

a psicanálise não se opõe à psiquiatria, mas sim a todo discurso que suprime a função do sujeito. Não existe clínica dessubjetivada. Eis a ética da diferença, que a psicanálise contrapõe à prática normativa da psiquiatria enquanto serve do capital (QUINET, 2009, p. 20).

Também não pretendíamos sustentar uma militância panfletária. Sabemos e ressaltamos que qualquer trabalhador pode operar no PPHM, independente de sua área disciplinar específica, contanto que priorize a terapêutica medicamentosa (COSTA-ROSA, 2013). Do mesmo modo, postulamos que uma práxis advertida pela psicanálise não é exclusiva do psicólogo ou do psicanalista na Atenção Psicossocial.

É na direção do instituinte (LOURAU, 2004), ou seja, da inovação e da contestação do instituído: valores e modos de organização normatizados, dos estabelecimentos de saúde mental, a saber a prática serializante, massificante e medicamentosa, que enfatizamos a necessidade das contribuições psicanalíticas serem incluídas no arcabouço teórico das equipes de trabalho.

Parece-nos fundamental ressaltar que, diante da força do paradigma dominante, há um convite para união de esforços de diferentes campos de saber (COSTA-ROSA, 2013; YASUI, 2016), além de um arraigar-se na potência da micropolítica em meio as frestas deixadas pelo PPHM. Portanto, não se trata de abolir uma determinada disciplina, parece pertinente a ideia de uma supressão das disciplinas, em direção a um horizonte essencialmente transdisciplinar (COSTA-ROSA, 2013; YASUI, 2016; ELIA, 2018), pois é no trabalho cooperado que essa ética singularizante pode incidir como política, oportunizando movimento no que se encontra cristalizado (RINALDI, 2015).

Pudemos constatar *in loco* a necessidade da superação de uma equipe multidisciplinar, aquela que opera hierarquizada não pela pragmática das situações, mas pela suposição de saber instituída. Concordamos com Costa-Rosa (2013) quando ele postula uma formação transdisciplinar para os trabalhadores na Atenção psicossocial, ampara sua afirmação na constatação

de que há uma relação moebiana entre formação subjetiva e formação social, e atualizando o que Freud propunha em Psicologia das Massas e Análise do Eu de que não há oposição entre a psicologia individual e a psicologia de grupo.

Na Saúde Mental Coletiva pensamos que é necessário somar à formação dos trabalhadores, além das contribuições psicanalíticas – com destaque para o tema dos processos de constituição do sujeito e consequentemente sobre as modalidades e submodalidade dos típicos clínicos e dos seus impasses típicos – , os conhecimentos oriundos da Análise Institucional para se compreender a própria instituição com seus processos e seus discursos, como também o Materialismo Histórico Dialético que permite distinguir com acuidade as lutas latentes na Formação Social. Não se trata de confundí-los ou amalgamá-los produzindo ecletismos superficiais, e nem excluir terapêuticas que não sejam estritamente psicanalíticas, mas de problematizar as éticas que orientam cada uma dessas práticas a fim de poder se escolher agir de modo a produzir cooperadamente condições para que o sujeito do sofrimento possa cuidar-se, conduzindo a sua vida com autonomia e dignidade. O objetivo consiste em produzir saúdessubjetividades singularizadas.

Por fim, temos clareza quanto aos limites desse trabalho de intercessão-pesquisa e os desafios cotidianos dos estabelecimentos de Saúde. Os retrocessos nas políticas públicas de Saúde Mental e o sucateamento dos serviços, expressos tanto pela sobrecarga de trabalho quanto pela escassez de recursos, insistem em assolar os sujeitos do sofrimento que buscam por ajuda e os trabalhadores. As lutas a serem travadas são muitas, tanto no campo macro quanto micropolítico. Nossa expectativa é de que os trabalhos que desenvolvemos nos estabelecimentos de Saúde e também nesse texto no qual procuramos formalizar alguns aspectos da nossa práxis, possam contribuir como um a mais no projeto de fazer avançar a construção de uma Atenção Psicossocial essencialmente coletiva, capaz de, ainda que parcialmente, operar algo de libertador.

Para que não se pense que apenas erguemos os andaimes de uma utopia imaginária, convém alertar a todos nós, os trabalhadores (intercessores em diferentes situações da Demanda Social), [...] devemos descobrir e criar, fazendo, o saber capaz de suportar esse desejo cotidiano de instituir que só pode estar incluído entre as “paixões alegres”. Imaginação, espírito inventivo, e desejo cotidiano de instituir são ingredientes que não podem faltar quando pretendemos a

consolidação e o avanço da Estratégia Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2013, p. 117)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- AMARANTE, P. D. C. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- AMARANTE, P. D. C. **Teoria e Crítica em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Zagodani, 2017.
- ANDRADE, M. C. **Encontro da Loucura com o Trabalho na Economia Solidária**: a produção da práxis de pré-incubagem através do Dispositivo Intercessor na Saúde Mental. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia e Sociedade) - Universidade Estadual Paulista - Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Assis, SP, Brasil, 2013.
- ANDRADE, M. C. **O encontro da loucura com o trabalho na economia solidária**: a produção de práxis de pré-incubagem através do dispositivo intercessor na saúde mental. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). – Universidade Estadual Paulista. Assis, 2013.
- ASKOFARÉ, S. Da subjetividade contemporânea. **A Peste**, vol. 1, nº 1, p. 165-175, 2009.
- BARROS, R. D. B. Grupo e Produção. In: BARROS, R. D.; BENEVIDES, E.; et. Al (org.) **Saúde e Loucura** nº 4. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 145-154.
- BENELLI, S. J. **Figuras da clínica “psi” na contemporaneidade**: o olhar, a escuta e a sensação. Tese de Livre Docência em Psicologia Clínica não publicada. Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, São Paulo, 2020.
- BENELLI, S. J. Problematizando a instituição pesquisa na universidade e nas práticas psicológicas: questões epistemológicas e éticas. **Revista de Psicologia da UNESP** 18 (número especial), p. 88-120, 2019.
- BENELLI, S. J. **Psicologia e Assistência Social**: interfaces políticas, clínicas e éticas. Curitiba: CVR, 2020.
- BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. Geografia do poder em Goffman: vigilância e resistência, dominação e produção de subjetividade no hospital psiquiátrico. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 20, n. 2, p. 35-49, 2003.

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. 1-17, 2017.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BERNARDES, A. C. Pesquisa & psicanálise: algumas referências lacanianas. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 26, n. 1, p. 35-38, 2010.

BION, W. R. **Experiências com grupos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União, 2001.

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 álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BUARQUE, C.; NASCIMENTO, M. Cálice. Gilberto Gil, Chico Buarque. In: BUARQUE, C. **Chico Buarque**. Philips/ PolyGram, 6349 398, 1978. 1 LP, lado A, faixa 2.

BUENO, P. A. T. **Clínica ampliada**: interlocuções entre a psicanálise e Atenção Psicossocial. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2016.

CABAS, A. G. **O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan**: da questão do sujeito ao sujeito em questão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

CANGUILHEM, G. Doença, cura, saúde. In: **O normal e o patológico**. 5.ed. rev. aum. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. P.71-80.

CARDOSO-JUNIOR, H.R.; LEMOS, F. C. S. Foucault, história do presente e ontologia histórica: o que estamos nos tornando? In.: CARDOSO-JUNIOR, H.R. **Corpos, instituições e subjetividades**. São Paulo:Annablume; Fapesp, 2011.

CHECCHIA, M. **Poder e política na clínica psicanalítica**. São Paulo: Annablume, 2015.

COSTA, J. F. As éticas da psiquiatria. In: FIGUEIREDO, A. C.; SILVA, J. F. (org.). **Ética e saúde mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996. p. 27-36.

COSTA, M. F. **A clínica da urgência na unidade de pronto atendimento:** da privatização da Saúde a uma aposta no sujeito do inconsciente. (Dissertação de Mestrado) Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil, 2016.

COSTA, M. F.; PÉRICO, W.; SOUZA, W. A. Do Dispositivo Disciplinar ao Dispositivo Intercessor. **Revista de Psicologia da UNESP 18** (número especial), p.161-178, 2019.

COSTA-ROSA, A. A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 29, n. 1, p. 115-126, 2012.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica:** contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013.

COSTA-ROSA, A. Curas místico-religiosas e psicoterapia. **Revista Estudos de Religião**, v. 16, p. 123-139, 1999.

COSTA-ROSA, A. Ética e clínica na Atenção psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 743-757, 2011.

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

COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo Freud-Lacan? **Revista de Psicologia da UNESP 18** (número especial), p.37-54, 2019.

COSTA-ROSA, A. Práticas de cura místico-religiosas, psicoterapia e subjetividade contemporânea. **Psicologia USP**, v. 19, n. 4, p. 561-590, 2008.

COSTA-ROSA, A. **Práticas de cura nas religiões e tratamento psíquico em saúde coletiva.** Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo. São Paulo, 1995.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P, (Org.). **Archivos de saúde mental e Atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Nau Editora; p. 13-44, 2003.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição.** Trad. Luiz Orlandi e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

DIONISIO, G.H. Da pesquisa psicanalítica como estratégia do detalhe: ensaio sobre um “método”. In: FULGENCIO, L.; BIRMAN, J.; KUPERMANN, D.; CUNHA, E. L.; Et al. **Modalidades de pesquisa em psicanálise**: métodos e objetivos. São Paulo: Zagodoni, 2018. p. 178-191.

DOR, J. **Introdução à leitura de Lacan**: O inconsciente estruturado como linguagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

DOR, J. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Trad. Jorge Bastos e André Telles. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1996.

ELIA, L. Medicalização e subjetividade. In: MIRANDA, A. E.; RANGEL, C.; COSTA-MOURA, R. **Questões sobre Direitos Humanos**: Justiça, Saúde e Meio Ambiente. Espírito Santo: UFES-PROEX, 2018. p.102-111.

FIGUEIREDO, L. C. M. **Revisitando as psicologias**: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

FIOCHI, P. I. C. **Entre laços e nós**: (im)possibilidades de um psicanalista nos espaços de Educação Permanente em Saúde. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia e Sociedade) - Universidade Estadual Paulista - Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Assis, SP, Brasil, 2015.

FIORAVANTE, E. Modo de produção, Formação Social e processo de trabalho. In: FIORAVANTE, E.; VARGA, E.; GODELIER, M.; DIVITÇIOGLU, S.; STUCHEVSKI, S.; VASÍLIEV, S.; et al. **Conceito de modo de produção**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. p. 31-45.

FOUCAULT, M. A Velhice da Clínica. In: FOUCAULT, M. **O nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense – Universitária, 1977. p. 59-70.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I**: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. p. 79-98.

FREUD, S. Observações sobre o amor transferencial (1915). In: **Obras Incompletas de Sigmund Freud**: Fundamentos da Clínica Psicanalítica. Belo Horizonte: Autêntica, 2018. p.165-182.

FREUD, S. Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico (1912). In.: **Obras Incompletas de Sigmund Freud**: Fundamentos da Clínica Psicanalítica. Belo Horizonte: Autêntica, 2018. p. 93-106.

FREUD, S. Sobre o Início do tratamento (1913). In.: **Obras Incompletas de Sigmund Freud**: Fundamentos da Clínica Psicanalítica. Belo Horizonte: Autêntica, 2018. p. 121-150.

FREUD, S. **Uma dificuldade no caminho da psicanálise** (1917). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1995. p. 147-153.

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 18 (número especial), p.243-260, 2019.

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. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) - Universidade Estadual Paulista. Assis, 2013.

GARCIA, A. S. **Atenção Primária e Atenção Psicossocial**: Dispositivo Intercessor como operador da produção de conhecimento da Saúde Coletiva. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia e Sociedade) - Universidade Estadual Paulista - Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Assis, SP, Brasil, 2013.

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

GOTO, K. S. **Reforma Psiquiátrica no Brasil contemporâneo**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) - Universidade Estadual Paulista - Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Assis, SP, Brasil, 2018.

JIMENEZ, S. et al. **O Cartel** – conceito e funcionamento na escola de Lacan. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina. **Opção Lacaniana**: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, 32, p. 8-14, 2001.

LACAN, J. A ciência e a verdade. In.: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1966/1998. p. 869-892.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In.: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 238-324.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu. In.: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1949/1998. p. 96-103.

LACAN, J. **O seminário**: livro 3: as psicoses. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, J. Posição do inconsciente. In.: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1964/1998. p. 843-864.

LACAN, J. **Seminário 17** - o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, J. Subversão do Sujeito. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. **Seminário 5** – As formações do Inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LACAN, J. **Seminário 16** – De um Outro ao outro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1968.

LOLLO, P. Os ofícios impossíveis e o chamado do real. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 40, n. 75, p. 15-24, 2018.

MARTINI, R. B. **O dispositivo intercessor como meio de superação dialética da medicalização da saúde mental**. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências e Letras. Universidade Estadual Paulista. Assis, SP, Brasil, 2010.

MARX, K. **Formações econômicas pré-capitalistas**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do partido comunista**. São Paulo: Boitempo, 2005.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Organizadores). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2a ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 113 - 150.

MEXKO, S. **Psicologia e assistência social**: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico. (Dissertação de Mestrado) Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil, 2017.

MIRANDA, C. M. **Saúde Mental infanto-juvenil**: uma reflexão sobre políticas públicas a partir do dispositivo intercessor como meio de produção de conhecimento na práxis. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista. Assis, SP, Brasil, 2011.

NASIO, J.D. **Édipo**: o complexo do qual nenhuma criança escapa. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

NIETZSCHE, F. W. **Genealogia da Moral**: Uma polêmica. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

OLIVEIRA, Raquel Corrêa. A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ. In: A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental. **Cadernos IPUB**, vol.VI, nº 17, p. 30-91, 2000.

PAES, M. R. R. **Ensaio de Intercessão-Pesquisa**: entre significantes e instituições. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) - Universidade Estadual Paulista - Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Assis, SP, Brasil, 2011.

PEREIRA, E. C. **Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 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 (Dissertação de mestrado). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, SP, Brasil, 2014.

PESSOA, F. **Prefácio às ficções do Interlúdio** (1914-1935). Lisboa: Ática, 1966.

QUINET, A. **Psicose e laço social**: esquizofrenia, paranóia e melancolia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente**: do desejo ao sintoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

QUINET, A. **As 4 + 1 condições da análise**. 10. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

ROSA, J. G. **O Grande sertão**: veredas. 13. ed. Rio de Janeiro, J. Olympio, 1979.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 115-123, 2001.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos estud.** - EBRAP, São Paulo, n. 79, p. 71-94, 2007.

SANTOS, B. S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estud. av.**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 46-71, 1988.

SANTOS, L. A. **Planejamento participativo e Intercessão-pesquisa como dispositivos de participação e emancipação do trabalho e do trabalhador na Saúde Mental Coletiva**. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia e Sociedade) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Assis, SP, Brasil, 2011.

SANTOS, Z. M. S. A. **Tecnologias em saúde**: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado. Fortaleza: EdUECE, 2016.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SANTOS, K.Y. P. **Feliz para sempre?: uma análise dos efeitos do uso a longo prazo de antidepressivos**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico para a Terapia Ocupacional**: uma clínica do desejo e do carecimento na Saúde Coletiva. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Assis, São Paulo, Brasil, 2015.

SOUZA, W. A. **A assistência social e o trabalho com as pessoas em situação de rua no CREAS**: Um campo de intercessão. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil, 2015.

STENGER, I. **Quem tem medo das ciências – Ciências e poderes**. São Paulo: Siciliano, 1989.

STRINGHETA, L. V. H. O. **Método intercessor e saúde mental – construindo saberes a partir da práxis**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). - Universidade Estadual Paulista. Assis, 2007.

SZASZ, T. **Cruel compaixão**. Campinas, SP: Papirus, 1994.

SZASZ, T. **O mito da Doença Mental**. São Paulo: Zahar, 1982.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. In: *A Clínica da Recepção nos dispositivos de Saúde Mental*. **Cadernos IPUB**. v. VI, nº 17. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2000, p. 79-91.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia:** pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

WINNICOTT, D. **Privação e Delinquencia.** 4ª ed., São Paulo, Martins Fontes, 2005.

WINNICOTT, D. **Da pediatria à psicanálise:** Obras escolhidas. Rio de Janeiro, Imago, 2000.