

ANÚNCIA HELOÍSA BORTOLETTO GALIEGO

O DISPOSITIVO INTERCESSOR COMO MODO DE PRODUÇÃO DO
CONHECIMENTO: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial
Álcool e outras Drogas

ASSIS
2013

ANÚNCIA HELOÍSA BORTOLETTO GALIEGO

O DISPOSITIVO INTERCESSOR COMO MODO DE PRODUÇÃO DO
CONHECIMENTO: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial
Álcool e outras Drogas

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

Orientador: Prof. Dr. Abílio Costa-Rosa

ASSIS
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Galiego, Anúncia Heloísa Bortoletto.

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 / Anúncia Heloísa Bortoletto Galiego. - Assis, 2013

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Ciências e Letras de Assis

Orientador: Abílio da Costa-Rosa

Capes: 40602001

1. Psicologia social. 2. Medicina social. 3. Serviços de saúde mental. 4.
Praxis (Filosofia). 5. Saúde mental.

Palavras-chave: Atenção psicossocial; CAPSad; Intercessores; Saúde mental.

*Ao meu pai, Balbino (in memoriam), por ter
partilhado comigo tantas sensibilidades. À
minha mãe, Ana Maria, por todas as suas
lutas, pela guerreira que é.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me fortalecer nos momentos de dificuldade; e aos meus pais, Ana Maria e Balbino (in memorian) por terem assumido o compromisso de me acompanhar neste processo de aprendizado que é a vida. Agradeço também aos meus irmãos e sobrinhos, com os quais dividi tantas experiências importantes.

Agradeço ao Rodrigo, companheiro fiel, que me apoiou desde o início deste trabalho e suportou todas as angústias, medos e ausências. Sua presença, paciência e colo foram fundamentais!

Ao meu orientador, Abílio da Costa-Rosa, por todo o aprendizado que possibilitou desde a graduação em Psicologia, e por ter me guiado nesta aventura fascinante que é a produção do conhecimento. Suas reflexões e sua postura intercessora foram preciosas!

À Professora Sueli Terezinha Ferreira Martins, por todo companheirismo na luta pela construção da Atenção Psicossocial e pela disponibilidade em colaborar com este trabalho. Nossa luta, antimanicomial, continua!

Ao Professor Sílvio José Benelli, pela valiosa contribuição que fez ao meu texto por meio de seus apontamentos e sugestões.

Às Professoras Liamar Aparecida dos Santos e Maria Elizabeth Barros de Barros, pela gentileza e disponibilidade.

Aos Professores Sílvio Yasui e Cristina Amélia Luzio, por toda a importância que tiveram na minha formação, e por terem me inserido no trabalho do campo da Saúde Mental com tanta paixão, utopias e militância.

À Ariana: seu incentivo persistente fez que eu iniciasse este processo. Amiga, valeu a pena!

Um agradecimento especial à Trícia e ao Waldir, cuja leitura atenta e cuidadosa do meu texto, desde os primeiros rabiscos, foram fundamentais.

Aos colegas do mestrado e aos participantes do LATIPSS, com os quais pude aprender tanto.

À Anahy, Barbarinha e Paula, que me acolheram, me deram pouso e foram companhias deliciosas entre as viagens.

Aos queridos Marinez, Carlos Roberto e Nelson, pelas correções e revisões.

A todos os funcionários da UNESP-Assis, em especial à Soraia, tão cuidadosa e solícita, e ao Ricardo, tão atencioso.

À Meire e à Rose, bibliotecárias da UNESP-Botucatu, que impressionaram com a agilidade e presteza que tiveram ao atender às minhas solicitações.

Aos amigos de longe e de perto, de longos anos e recentes, cujo exemplo, utopias e fé na humanidade me motivam a tentar me tornar uma pessoa sempre melhor, e com os quais compartilho o desejo de ver o “meu sonho teimoso um dia se realizar”. Em especial às amigas Sirlene e Lílíam, pela presença (sempre...); e ao amigo Sérgio, com quem divido tanto de mim, inclusive as minhas correrias: amigo, deu tempo!!!

A todos os “sujeitos do sofrimento” com os quais tive o prazer de conviver e de aprender nestes anos de trabalho na Saúde Mental. Agradeço também aos trabalhadores, em especial àqueles que não desistem de lutar por uma sociedade em que os diferentes não sejam alvo de práticas segregacionistas e de mortificação subjetiva.

Por fim, agradeço aos profissionais do CAIS Cantídio de Moura Campos, que possibilitaram a realização deste trabalho, em especial à equipe do CAPSad “Renascer”, por todas as trocas que temos podido realizar.

A todos vocês, o meu mais sincero agradecimento!

*“Entender é sempre limitado. Mas não
entender pode não ter fronteiras [...]. Não
entender, do modo como falo, é um dom.
Não entender, mas não como um simples de
espírito. O bom é ser inteligente e não
entender. [...] Só que de vez em quando vem
a inquietação: quero entender um pouco.
Não demais: mas pelo menos entender que
não entendo”
(Clarice Lispector)*

*"Eu que não sei escrever ou você que não
sabe ler? Conhecer é de conhecer o ser,
conhecer a si mesmo".
(Profeta Gentileza)*

GALIEGO, Anúncia Heloísa Bortoletto. **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**. 2013. 78p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

RESUMO

O presente trabalho é resultado de um processo de intercessão realizado em um Centro de Atenção Psicossocial que atende os sujeitos dos impasses decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPSad II). Trabalhou-se com o Dispositivo Intercessor (DI), uma ferramenta para a práxis da Atenção e para a produção do conhecimento, que tem como seus pilares epistemológicos o Materialismo Histórico, a Análise Institucional, a Psicanálise do campo de Freud e Lacan e a Filosofia de Deleuze. Entre seus objetivos estão: a superação micropolítica da divisão social do trabalho no Modo Capitalista de Produção, entre os que sabem (identificados nos acadêmicos/pesquisadores) e os que fazem (identificados nos “técnicos”, trabalhadores da Atenção), objetivando a recuperação da “práxis” e a produção do conhecimento fora do laço social Discurso Universitário (como proposto por Lacan). O objetivo do intercessor é dar vazão aos movimentos já em curso na instituição, ocupando as brechas do instituído para, a partir daí, possibilitar que construções singulares sejam feitas pelos sujeitos da práxis. Salienta-se que, na construção da reflexão acerca da experiência vivenciada, não se trabalha com a pretensão de produzir um saber que seja generalizante e “sirva para todos”, objetiva-se ampliar as possibilidades de intercessão e instrumentalizar outros sujeitos/trabalhadores que queiram se posicionar como intercessores em suas práticas.

Palavras chave: Atenção Psicossocial. CAPSad. Intercessores. Saúde Mental.

GALIEGO, Anúncia Heloisa Bortoletto. **THE INTERCESSOR DEVICE AS A MODE OF KNOWLEDGE PRODUCTION: CONSTRUCTION OF KNOWLEDGE IN THE PRATICE OF A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER FOR ALCOHOL AND OTHER DRUGS.** 2013. 78p. Dissertation (Masters of Psychology) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

ABSTRACT

This work is the result of a process of mediation conducted in a Psychosocial Care Center serving the subjects of impasses arising from the use of alcohol and other drugs (CAPSad II). Worked with the Intercessor Device (ID), a tool for the practice of Attention and the production of knowledge, which has as its pillars the epistemological Historical Materialism, Institutional Analysis, Psychoanalysis field Freud and Lacan and Philosophy Deleuze. Among its objectives are: overcoming micropolitics of the social division of labor in The Capitalist Mode of Production, between those who know (identified in academics / researchers) and those that do (identified in the "technical" Care workers), aiming at the recovery of practice and the production of knowledge outside of the social bond speech University (as proposed by Lacan). The goal of the intercessor is to give vent to movements already underway in the institution, occupying the gaps established to, from there, enabling unique buildings are made by the subjects of praxis. Stresses that, in the construction of reflection on lived experience, not working with the intention of producing knowledge that is generalizing and "fits all", the objective is to expand the possibilities of intercession and tool for other subjects / workers who want position themselves as intercessors in their practices.

Keywords: Psychosocial Care. CAPSad. Intercessors. Mental Health.

LISTA DE ABREVITOURAS E SIGLAS

AI Análise Institucional

AB Atenção Básica

APS Atenção Psicossocial

CAIS Centro de Atenção Integral a Saúde

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

DI Dispositivo Intercessor

DImpc Dispositivo Intercessor como modo de produção do conhecimento

DM Discurso do Mestre

DU Discurso da Universidade

DH Discurso da Histórica

DA Discurso do Analista

HP Hospital Psiquiátrico

MCP Modo Capitalista de Produção

NAPS Núcleo de Atenção Psicossocial

PPHM Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador

PPS Paradigma Psicossocial

PTI Projeto Terapêutico Individual

RD Redução de Danos

RPb Reforma Psiquiátrica brasileira

SES Secretaria de Estado da Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UDQ Unidade de Dependência Química

USF Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
 1 ENSAIO 1 - A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO AOS IMPASSES DO USO DE DROGAS NO BRASIL: É A VEZ DO CRACK	
Introdução.....	19
A construção da Atenção aos impasses derivados do uso do álcool e outras drogas no contexto da Reforma Psiquiátrica.....	22
Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços de construção da Atenção no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.....	28
Contribuições da psicanálise.....	31
Considerações finais.....	36
 2 ENSAIO 2 - CONTRIBUIÇÕES DO DISPOSITIVO INTERCESSOR PARA A PRÁXIS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: RELATO DA EXPERIÊNCIA VIVENCIADA NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	
Introdução.....	43
Questões preliminares acerca do Dispositivo Intercessor	44
O campo e seus movimentos	46
Considerações finais.....	58
 3 ENSAIO 3 - ONDE ESTÁ O CONHECIMENTO? UMA REFLEXÃO ACERCA DO DISPOSITIVO INTERCESSOR COMO MODO DE PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO	
Introdução.....	63
Considerações sobre a produção do conhecimento na atualidade e sobre o Dispositivo Intercessor como modo de produção do conhecimento.....	66
Considerações finais.....	73
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79

APRESENTAÇÃO

Um livro perdido sobre uma estante e o primeiro encontro se deu: inevitável. A Loucura, inicialmente na Sala de Jantar¹, foi ganhando espaço, influenciando decisões e ideologias, marcando escolhas importantes relativas à vida profissional e direcionando meu caminhar nos anos seguintes da graduação e do pós-graduação.

Foram três anos de estágio, desde o terceiro ano da faculdade, onde pude experimentar as “dores e as delícias” a que o sofrimento psíquico nos lança quando nos abrimos para as possibilidades de trocas na Saúde Mental. Fantoches, velas, festas, olimpíadas, viagens, passeios, choros, risos, festas de aniversário, assembleias, supervisões, reuniões de equipe, conferências de Saúde Mental, exposições, abraços, despedidas... uma infinidade de vivências, intensidades, trocas, construções que me levaram à escolha mais fundamental: a vivência da minha profissão, a psicologia, neste campo permeado por lutas pelo direito à diferença que marca o existir humano no que cada um tem de mais rico - sua subjetividade.

Após a formatura fui confrontada com um novo desafio e minha primeira experiência profissional se deu no interior de um estabelecimento que é o dispositivo representativo do Paradigma Psiquiátrico e da instituição Doença Mental.

A vivência no Hospital Psiquiátrico (HP), que se estendeu por três anos e meio, abarcou a princípio o medo, não dos sujeitos do sofrimento que se encontravam internados, pois com estes sempre tive trocas muito ricas, mas do próprio estabelecimento, de seu funcionamento e das possibilidades de aprisionamento. Essa experiência foi inicialmente permeada também por certo receio, como se eu estivesse traindo minhas convicções, minhas lutas e os ideais da Reforma Psiquiátrica (YASUI, 1999).

No interior do estabelecimento institucional, tive a oportunidade de conviver com pessoas que haviam se tornado “moradoras”, em razão do longo tempo de internação. Algumas viviam mergulhadas em delírios e essa parecia ser uma forma de transcender a pobreza existencial na qual haviam sido lançados pela perversidade do modo asilar, que relegou um número imenso de seres humanos ao abandono, à exclusão e à morte subjetiva (BENELLI, 2004; BENELLI; COSTA-ROSA, 2003). Muitos desses sujeitos pareciam buscar na vivência delirante, uma forma de não se deixarem mortificar (GOFFMAN, 2005), uma

¹ Referência ao livro “A loucura na Sala de Jantar”, organizado por Jaques Delgado (1991), que conta a vivência de um jovem na Itália, em contato com a experiência de desinstitucionalização impulsionada por Franco Basaglia e a Psiquiatria Democrática Italiana, primeiro contato da autora com escritos do campo específico da saúde mental.

forma de resistência. Vários eram do tempo em que o “eletrochoque” fazia parte da prescrição semanal dos internados: duas, três, quatro sessões por semana, e falavam dessa experiência sem demonstrar qualquer saudade, descrevendo cenas grotescas como aquelas em que os que passariam pelo “procedimento” ajudavam a segurar os que eram submetidos antes.

Pude perceber, no entanto, que também ali havia pulsações instituintes, apesar de se apresentarem sempre muito tímidas, e pude constatar a pertinência das proposições de Costa-Rosa (2000) ao alertar que o novo modelo que se pretende construir, para ser efetivo, precisa superar o paradigma anterior inclusive quanto ao número de equipamentos, pois o que presenciava muitas vezes era uma completa desassistência dos municípios, restando ao sujeito em sofrimento psíquico pegar sua “trouxinha” e ir até a porta do hospital ou do pronto-socorro reivindicar sua própria internação. Ou seja, devemos avançar na construção da Atenção Psicossocial, cuidando para que os pressupostos que a sustentam não sejam incorporados apenas ao discurso: é necessária a construção de redes de atenção, que possam dar respostas mais ricas e efetivas àqueles que estão em grave sofrimento psíquico.

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

Após a saída do HP me aventurei no trabalho com a Atenção Básica (AB), em uma Equipe de Saúde Mental que arriscava suas primeiras tentativas de realizar o Apoio Matricial² com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e as Unidades de Saúde da Família (USF). Dois anos depois, a aprovação em um concurso público estadual me levaria a mais uma mudança, fazendo com que eu deixasse a AB para iniciar minhas atividades como psicóloga de um Centro de Atenção Psicossocial para atendimento aos sujeitos dos impasses decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPSad), Estabelecimento institucional no qual trabalho atualmente.

² O Apoio Matricial é uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, sistematizada por Gastão Wagner de Sousa Campos, que foi incorporada a alguns programas do Ministério da Saúde. Objetiva a “ampliação da clínica” por meio do suporte técnico-pedagógico e da retaguarda especializada de profissionais das diferentes disciplinas às equipes de referência das unidades de saúde responsáveis pela Atenção (CAMPOS; DOMITI, 2007).

Nesse percurso, entre as vivências de ambulatório e de CAPS II, HP, AB, e finalmente, um CAPS-ad, meu caminhar esteve permeado por muitas inquietações e encontros com outras tantas pessoas, livros, ideias e inquietações. Mas após oito anos de trabalho profissional no campo da atenção à Saúde Mental um sentimento de vazio, de empobrecimento, começou a pesar no meu cotidiano. Os livros e artigos que consultava ou lia com afinco, não abrandavam esse sentimento, nem o desejo de dar sentido às práticas que procurava realizar. As intermináveis discussões de equipe também não eram muito produtivas e não ajudavam a avançar.

A ideia de fazer mestrado passou, então, a se intensificar em meus pensamentos. Voltar para a universidade, fazer pesquisa, parecia ser uma forma de arejar a prática e de deixá-la menos vazia, menos pobre (ou mais cheia) de sentidos. Montar o projeto era o primeiro passo. Na época, havia deixado o trabalho na AB bastante intrigada com a quantidade de pessoas que procuravam os serviços desse nível de atenção, já fazendo uso de psicofármacos há longos anos, ou solicitando essas “pílulas mágicas” para lidarem com as dores da vida. Havia um “objeto”: estudar o lugar da subjetividade frente aos avanços da psicofarmacologia, tomando as unidades da AB como campo de análise.

Após a maratona de aprovação no programa de pós-graduação, houve o primeiro encontro com o orientador, e os questionamentos resultantes desse encontro motivaram uma mudança radical em minha proposta inicial de trabalho: construir conhecimento “sobre” o uso de psicofármacos na AB responderia à questão que de fato havia me levado ao mestrado? A construção do conhecimento dentro do Discurso Universitário (DU)³ poderia agregar saber e sentido à minha prática cotidiana?

Considerando que em toda prática existe um saber que lhe é correlato, e que esse saber só pode ser construído/apropriado pelos sujeitos que dela participam, não era na universidade, produzindo conhecimento dentro do laço social DU que eu encontraria o saber que respondesse aos impasses vivenciados lá onde eu e minha equipe nos dedicávamos diariamente à construção de práticas de cuidado.

Fui convidada pelo orientador (intercessor na práxis da universidade) a me arriscar na aventura de fazer uma reestruturação qualitativa e ética da minha relação com esse cotidiano institucional. A proposta era que, apoiada nas construções do Dispositivo Intercessor (DI), eu pudesse tentar me colocar como intercessora desde este lugar onde vivenciava a estagnação,

³ O laço social Discurso Universitário, tal como formulado por Lacan (1992), está a serviço da manutenção do saber constituído, e da soberania do saber científico. O outro, neste laço social, é tomado como objeto, “sobre” o qual se produz o saber, desconsiderando sua subjetividade.

onde “faltava saber” e ao mesmo tempo, onde as pessoas conviviam, se relacionavam, pediam ajuda ou se dispunham tratar a toxicomania.

A primeira intercessão se deu comigo. Frente à solicitação de um saber que respondesse às inquietações que me afligiam em minha prática cotidiana o orientador-intercessor, através de seus questionamentos, fez-me perceber que se o que me movia no mestrado era o desejo de enriquecer e dar sentido a essa prática, então era lá, com os sujeitos que dela participam, que esse saber deveria ser construído.

Redefinimos o projeto de “pesquisa” e na nova proposta, eu deveria me colocar no campo (neste caso, o CAPSad, onde trabalho) como intercessora e, posteriormente, produzir uma reflexão sobre o processo realizado.

Na Universidade, nossa proposta foi alvo de conflitos. Nosso projeto não foi bem aceito no Conselho de Ética, que não conseguia aceitar que não teríamos “sujeitos de pesquisa” e nem coleta de dados nos moldes clássicos da pesquisa acadêmica.

Foram longos meses, diversas adequações, e, por fim tivemos que fazer algumas concessões táticas para que nosso projeto fosse aprovado, o que, no entanto, não alterou a condução de nossa proposta.

As concessões táticas a que me refiro, dizem respeito aos “sujeitos de pesquisa” e aos “critérios de inclusão e exclusão na amostra”. Nossa proposta de trabalho, sendo alternativa ao modelo positivista, defende que é possível construir conhecimento sem que se tome o outro como “sujeito” (na verdade, objeto) de estudo e sem lançar mão dos métodos tradicionais de coleta de dados. Ou seja, o Dispositivo Intercessor (DI) rompe com a suposição de um sujeito cognoscente, que produz conhecimento “sobre” um objeto (também chamado sujeito de pesquisa): entendemos que o saber concernente ao coletivo institucional só tem sentido se produzido por aqueles que o constituem. Portanto, um saber construído “com”, “entre” e não “sobre”. Apenas num segundo momento nos debruçamos sobre o que foi produzido na fase de intercessão, para refletir acerca de como se deu essa construção, ou seja, para falar sobre o processo. A partir desse ponto, procuramos elucidar as características e o funcionamento do Dispositivo Intercessor como modo de produção do conhecimento (DImpc).

Stringheta e Costa Rosa (2007) propõem uma analogia entre o DI/DImpc e o que a Psicanálise já realiza a algum tempo, distinguindo a Psicanálise em intenção, momento em que se constrói uma experiência singular entre analista e analisando (no caso da intercessão, entre intercessor e campo da intercessão), e a Psicanálise em extensão, momento em que se

articula esta experiência a um corpo teórico, contribuindo para sua formalização conceitual (no nosso caso, o DImpc).

Ao enviarmos nossa proposta, explicamos que faríamos uma reflexão acerca da minha inserção como trabalhadora-intercessora em meu contexto de trabalho e que, portanto, não haveriam sujeitos de pesquisa. Como não seria possível a submissão de nosso trabalho para apreciação sem considerarmos a existência de ao menos um sujeito, numa concessão tática, sinalizamos que trabalharíamos com um sujeito: o “coletivo de trabalhadores”.

Essa forma de apresentação também não foi aceita, pois nosso sujeito não poderia ser o “coletivo de trabalhadores”. A condição para que nosso projeto fosse aprovado era admitirmos a existência de “sujeitos de pesquisa”, elencando cada trabalhador como um sujeito, e elegermos os critérios de inclusão e exclusão na “amostra”.

Fizemos essas concessões táticas na apresentação oficial de nosso projeto ao Comitê de Ética, mas nos mantivemos fiéis a nossa proposta, trabalhando com sujeitos que eram os protagonistas de um processo, e não com sujeitos de pesquisa, operando, portanto, fora do DU.

Esse é o meu percurso, e assim começa a experiência que apresentarei nos três ensaios que compõem essa dissertação. Optamos pelo uso do ensaio em razão da possibilidade de trabalharmos a coerência interna dos textos a partir de uma escrita lógica e singular, coerente com a perspectiva teórica e metodológica do DI. No ensaio I tecerei considerações acerca do campo amplo onde se insere este trabalho, ou seja, o campo da Saúde Mental e da Atenção aos sujeitos dos impasses decorrentes do uso de álcool e outras drogas; apresentarei sucintamente o processo de constituição da política de Atenção a estes sujeitos no Sistema Único de Saúde (SUS); discutirei a construção do cuidado no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), que tem os CAPS como dispositivos estratégicos, e apontarei algumas contribuições da psicanálise, que potencializam a clínica da Atenção Psicossocial. No ensaio II apresentarei o processo de intercessão realizado com os trabalhadores do CAPSad, apontando movimentos do campo nos quais foi possível interceder no recorte de tempo estabelecido para fins desta produção acadêmica. Serão utilizados fragmentos do processo de intercessão, com o objetivo de ilustrar a experiência vivenciada e discutir a potencialidade do DI como ferramenta na construção da Atenção Psicossocial (APS), justamente por objetivar uma superação micropolítica da divisão social do trabalho no Modo Capitalista de Produção (MCP) e a reconexão entre fazer-saber/teoria-prática. No ensaio III apresentarei uma reflexão acerca do Dispositivo Intercessor como modo de produção do conhecimento, buscando elucidar sua alternatividade em relação à forma tradicional de

produção do conhecimento que encontramos na universidade. Neste ponto, retomarei o processo da minha inserção no mestrado e do reposicionamento teórico-técnico e ético colocado em curso por meio do DI, que incidiu em minha relação com o campo da práxis da Atenção e com o campo da produção do conhecimento. Por fim, encerrarei com algumas considerações finais.

ENSAIO 1

***A construção da atenção aos impasses do uso
de drogas no Brasil: é a vez do crack⁴***

⁴ Ensaio escrito em coautoria com o orientador do mestrado, Abílio da Costa-Rosa, professor Livre Docente do Departamento de Psicologia Clínica da UNESP-Assis, e enviado para avaliação e publicação na revista Saúde em Debate.

Introdução

O uso de substâncias psicoativas pode ser identificado ao longo de toda a história da humanidade, adquirindo sentidos distintos nas diferentes sociedades, momentos históricos e fases da vida (BERTOLOTE, 2011; MENDES, 2006; BRASIL, 2008). Elas estiveram presentes entre as civilizações antigas; nelas, as plantas psicotrópicas como o ópio, a maconha e a coca eram bastante utilizadas. Seu uso, em geral, tinha um sentido ritual socialmente aceito: encontro com os deuses, auxílio nas caçadas e cura de doenças (BERTOLOTE, 2011; FERREIRA; MARTINI, 2001; MENDES, 2006).

No Brasil, a chegada, a disseminação e o uso das diferentes drogas psicotrópicas apresentam facetas diversas, de acordo com os diferentes momentos históricos pelos quais passou o país. A maconha, trazida pelos escravos africanos ainda no início do processo de colonização, rapidamente se espalhou entre os índios que passaram a cultivá-la. A *Cannabis Sativa* (nome científico da maconha) chegou a ser cultivada em larga escala e utilizada de forma medicinal no Brasil, com grande aceitação entre a classe médica do século XIX. No início do século XX, seu uso era recomendado como hipnótico e sedativo. A proibição e repressão ao plantio, a comercialização e ao consumo dessa droga no Brasil aconteceram na segunda metade da década de 30 daquele século (CARLINI, 2006).

Alvo da atenção de cientistas e pensadores do século XIX, a cocaína, principal alcaloide do arbusto *Erythroxylon*, chegou a ser prescrita como fármaco milagroso para males do corpo e da alma, como um possível antídoto para a dependência de morfina e remédio potente contra a dor (BERTOLOTE, 2011; FERREIRA; MARTINI, 2001). No Brasil, a cocaína gozou de certo prestígio no início do século XX, sendo comercializada legalmente nas farmácias. Em 1921, respondendo a um apelo da sociedade e da imprensa foi aprovado o Decreto-Lei 4.292, que passou a legislar sobre a venda desta e de outras drogas, estabelecendo penalidades como multas e prisão para os contraventores, e tratamento em forma de internação para os “dependentes” (CARLINI et al., 1996). Esses autores chamam à atenção para o fato de que nessa época a cocaína passou a ser alardeada como o mal que assolava a cidade de São Paulo e sua mocidade. No entanto afirmam que, já naquela primeira metade do século XX, as apreensões, assim como as internações associadas à cocaína, não eram tão grandes quanto o alarde social que se formou em torno dessa droga.

O uso de bebidas alcoólicas, por sua vez, remonta à pré-história. O álcool esteve presente em quase todas as civilizações e, ainda hoje, seu uso é associado a rituais e cerimônias religiosas e festivas (MENDES, 2006). No Brasil, antes da chegada dos

portugueses, os índios já faziam uso do “cauim”, uma bebida forte, produzida a partir do processo de fermentação da mandioca ou do milho. Com o avanço do processo de colonização e da produção açucareira, logo se descobriu que o melaço (denominado “cagaça”) que sobrava da produção do açúcar e que era servido aos animais e escravos, ao ser fervido, produzia um caldo grosso que, quando fermentado, tinha paladar agradável e o poder de alterar a consciência. Nascia a famosa cachaça brasileira (BRASIL, 2008).

O álcool ainda é uma das drogas mais consumidas no Brasil. Está entre as que mais causam dependência e pode ser considerado um importante problema de saúde pública (DUARTE; STEMPLIUK; BARROSO, 2009). Seu uso, no entanto, é liberado e incentivado socialmente, ainda gozando de espaço nas propagandas televisivas que associam seu consumo a *status*, felicidade e sucesso.

O Relatório Brasileiro sobre Drogas aponta os transtornos decorrentes do uso de álcool como a causa principal de internações por uso de substâncias psicoativas na Rede de atendimento do SUS no período de 2001 a 2007 (quase 69% dos casos), seguidos da internação por uso de múltiplas drogas (22,8%), da cocaína (5,0%), dos opiáceos (1,6%), dos canabinóides (0,8%) e dos sedativos e hipnóticos (0,5%). Aponta também que, das substâncias psicoativas utilizadas no Brasil, o álcool é a que mais frequentemente está associada a óbitos, afastamentos do trabalho e aposentadorias (DUARTE; STEMPLIUK; BARROSO, 2009).

Apresentamos aqui apenas algumas das drogas em circulação em nosso meio, cientes de que há muitas outras como o tabaco, os solventes e os ansiolíticos, entre outros psicofármacos que contam com um grande número de adeptos. Para os objetivos de nosso trabalho, essa breve explanação é suficiente para lembrar que o uso de substâncias psicoativas não é um comportamento novo, que foi alvo de posturas distintas nos diferentes momentos históricos e culturais da humanidade, em que se combinavam interesses econômicos, sociais, políticos, de saúde, valores morais e preconceitos (BERTOLOTE, 2011; CARLINI, 2006; MENDES, 2006).

Dadas as características gerais de seus efeitos individuais e sociais, na atualidade, as drogas parecem prestar-se facilmente a assumir o papel de “estranho radical” da sociedade brasileira. Assim, demonizadas pela mídia, por cientistas e pela população leiga em geral, algumas drogas são eleitas de tempos em tempos como a encarnação do mal contra o qual a sociedade deve travar sua luta (GURFINKEL, 1996; CARLINI et al., 1996). Parece que assistimos a mais um desses episódios: é a vez do *crack* representar as drogas. Misto de problema médico, questão de polícia e tema constante na agenda das “cruzadas moralistas”

sempre de plantão, o uso de drogas torna-se altamente sensível a ações imediatistas de caráter profilático e redentor, quando não de tonalidade declaradamente eugênica; nem mesmo as ações da política pública parecem conseguir escapar à retórica triunfalista.

As consequências desse tipo de postura acabam recaindo sobre o sujeito “usuário” que, de representante do mal-estar geral, acaba tomado como uma espécie de encarnação do mal, passando a ser alvo de estratégias diversas de intervenção, mas que fundamentalmente, desconsideram a sua subjetividade.

O tom alarmista motivado pelo uso do crack e seus efeitos devastadores sobre o organismo e o sujeito poupam ao discurso médico o trabalho de argumentos mais fundamentados que justifiquem o isolamento prolongado como base do tratamento, não só para esses usuários, mas para todos, inclusive os alcoolistas. Faz-se crer que a simples desintoxicação é sinônima de tratamento, e que basta voltar a lotar o espaço dos velhos hospitais psiquiátricos fechados – além de abrir novas instituições similares – para que o problema tenha a solução decretada. Reducionismo absurdo que pretende ignorar a complexidade do problema [...] (COSTA-ROSA, 2012, p. 76).

Ao assinalar esses aspectos, que assumem a linha de frente do problema atualmente, estamos muito longe, portanto, de desconsiderar sua importância radical e a urgência de mobilizar os meios pertinentes para seu equacionamento.

Antes de qualquer coisa, é preciso lembrar que temos no país uma política de Saúde operada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que inclui o subsetor da Saúde Mental. Neste âmbito vem se processando a Reforma Psiquiátrica e a Atenção Psicossocial (APS) como um de seus desdobramentos importantes. A APS assume a diretriz ético-política e teórico-técnica de superação do paradigma manicomial e seu sucedâneo, o “manicômio químico”, como meios exclusivos de tratamento do sofrimento psíquico e dos demais impasses subjetivos.

O presente artigo objetiva discutir a construção do cuidado⁵ aos “usuários” de álcool e outras drogas no Brasil, lançando mão, para tanto, das construções que vêm sendo feitas no seio da Reforma Psiquiátrica e no campo da APS, e na teoria e nas práticas da Psicanálise.

⁵ Segundo Yasui (2010) os “atos de cuidado” são a essência do cotidiano nos serviços de saúde. Porém, é preciso diferenciá-los da simples realização de ações curativas, e mesmo simplesmente “cuidadoras”. Costa-Rosa (2011) e Benelli (2012) chamam a atenção para o fato de que, se o sujeito é colocado como objeto (e não como agente principal das práticas), e os atos de cuidado são marcados por ações tutelares, compassivas ou assistencialistas, está-se distante da ética que interessa à APS. Para esta, cuidar é, antes de tudo, cuidar-se, ou, dito de outro modo, interceder para que o sujeito se cuide, assumindo ele próprio o protagonismo do processo de construção de sua saúde, sendo nele acompanhado pelo trabalhador, munido de um saber cuja particularidade essencial é saber que não pode saber ou fazer pelo sujeito aquilo que só ele pode fazer e ninguém mais. O Paradigma Psicossocial propõe o termo “Atenção” e não “cuidado”, o que não implica numa mera questão de nomenclatura, mas indica um alinhamento teórico, técnico, político e ético específico.

A construção da Atenção aos impasses derivados do uso do álcool e outras drogas no contexto da Reforma Psiquiátrica

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) nasceu num período de redemocratização do país, em meio às lutas por mudanças no setor saúde, que tomaram corpo sob os significantes “Reforma Sanitária”. Isto se deu no final da década de 70, um momento de efervescência política, em que os movimentos sociais estavam em processo de luta por mudanças sociais e políticas na esfera mais ampla da sociedade e por humanização nesse setor da Saúde. Na Saúde Mental, os significantes eleitos capazes de abarcar o suor e os sonhos de profissionais, sujeitos do sofrimento psíquico e seus familiares foram: “Reforma Psiquiátrica”. Nesse período, o Brasil recebeu, de outros países, influências importantes que afirmavam e impulsionavam os ideais reformistas, fortalecendo a luta “Por uma Sociedade sem Manicômios”, encampada com radicalidade pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que defende que o sujeito em sofrimento psíquico possa transitar pela cidade e fazer parte de seu cenário, numa luta contra os “muros” edificados física e ideologicamente na sociedade durante os anos de manicomialização dos diferentes (LUZIO; YASUI, 2010; PITTA, 2011).

Um marco importante da Reforma Sanitária, cujas consequências se fizeram sentir nas práticas em Saúde Mental, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, primeira a contar com a participação popular. Nela se construíram as bases para que a saúde figurasse na Constituição de 1988 como um direito de todos e um dever do Estado. Como desdobramentos desse processo, houve a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, a lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que constituiu o SUS; e, em seguida, a aprovação da lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, que trata da participação popular no planejamento, gestão e controle do sistema de Saúde em suas diversas instâncias. Esses instrumentos, ao definirem diretrizes claras para a área da Saúde, garantiram as bases jurídicas e político-ideológicas para uma nova forma de “fazer” saúde no Brasil.

Pitta (2011) faz um balanço dos avanços e conquistas da RPb, dos anos 70 à primeira década dos anos 2000, destacando as mudanças na política, na legislação e no modelo de Atenção, que passa a ser “centrado na comunidade”; com ampliação da acessibilidade ao cuidado em Saúde Mental, inclusive em municípios até então descobertos por esse tipo de atenção, e a inserção de um número significativo de militantes da Reforma Psiquiátrica em importantes funções públicas nas gestões municipais, estaduais, e federal.

No que diz respeito à Atenção especificamente aos impasses decorrentes do uso de drogas, pode-se identificar que até o ano de 2002 o panorama é marcado pela ausência de políticas públicas específicas.

Mesmo com transformações inequívocas no “perfil epidemiológico” o tema, por muito tempo, ficou excluído dos debates do setor da Saúde. Há, pelo menos duas décadas, uma população impulsionada por impasses decorrentes, sobretudo do uso de álcool, mas também de outras drogas, bate às portas das instituições de Saúde Mental, inclusive dos hospitais psiquiátricos, sinalizando desde o início a tendência a serem os futuros herdeiros naturais da internação psiquiátrica, após a desmanicomialização da loucura propriamente dita. Questão de polícia e de moralidade pública, o tema ficou entregue às instituições religiosas e de benemerência, à Segurança Pública e à Justiça (BRASIL, 2004a).

Foi apenas na entrada do século 21 que o tratamento aos sujeitos dos impasses decorrentes do uso de álcool e outras drogas começou a ganhar espaço nos debates da área de Saúde Mental e a contar com políticas específicas para a constituição da Rede de cuidados e para o seu financiamento (PITTA, 2011).

Em 2001, foram realizados o Seminário Nacional Sobre Drogas e a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta pode ser considerada um marco, ao definir o uso de álcool e outras drogas como um grave problema de Saúde Pública e deliberar: que o atendimento aos “usuários” é responsabilidade do SUS; e que deve ser construída uma rede integrada de Estabelecimentos de Atenção a esta clientela, estabelecendo as parcerias intersetoriais necessárias à integralidade do atendimento.

O relatório da Conferência sublinha que as políticas públicas para a área devem se basear nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica e no respeito aos Direitos Humanos, deixando claro o modelo de Atenção a ser seguido. No mesmo ato, é sublinhada a exigência do descredenciamento das clínicas para internação de usuários de álcool e outras drogas, já funcionando a pleno vapor; é proposta também a proibição de novos credenciamentos. A proposição essencial, entretanto, foi a da criação e implementação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)⁶ como referência principal para o tratamento dos impasses relacionados ao uso de drogas (BRASIL, 2002a).

⁶ Em 2002, com a publicação da portaria 336, dissolve-se a distinção entre CAPS E NAPS, igualando Estabelecimentos de Atenção à saúde que na prática eram distintos. A partir de então, todas as instituições dessa natureza passam a ser nomeadas e cadastradas apenas por CAPS (BRASIL, 2002b).

Em 2002, por meio da portaria 336, foram constituídos os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-ad II). A princípio, estes Estabelecimentos foram propostos para funcionamento apenas nos cinco dias úteis da semana, das 08 às 18 horas, com possibilidade de extensão para um terceiro turno, até as 21 horas. Mais recentemente, a portaria 2.841 de 20 de setembro de 2010 instituiu os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas-24 horas (CAPSad III), redefinidos pela portaria 130 de 26 de janeiro de 2012, na qual também foram estabelecidos incentivos financeiros para implantação de novos Estabelecimentos dessa natureza ou qualificação dos CAPSad II já existentes.

Em 2003, foi editada a “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas”. É oportuno sublinhar que a Política, reeditada em 2004: afirma que a abstinência não deve ser o único objetivo a ser alcançado e que as estratégias de cuidado devem considerar a diversidade e a singularidade, lidando com “as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas” pelos sujeitos, engajando-os como participantes ativos na condução do tratamento e contribuindo para aumentar o seu grau de liberdade, de autonomia e de corresponsabilidade (BRASIL, 2004a, p. 10); aponta a necessidade da realização permanente de ações preventivas, de avançar para além de estratégias que incidam diretamente na redução da oferta e na redução da demanda (como aquelas atreladas ao princípio da abstinência), caminhando em direção ao resgate dos vários sentidos da Clínica⁷; reafirma que a assistência deve ser oferecida em todos os níveis de Atenção, com a ressalva clara de que deve ser privilegiado o cuidado em dispositivos extra-hospitalares, como os CAPS-ad (BRASIL, 2004a). Nos anos seguintes, uma série de portarias e decretos foram editados para implementar as disposições da Política, indicando a implantação e ampliação das instituições destinadas ao atendimento desse público.

Outra ressonância da III CNSM que vale a pena mencionar foi a edição da Portaria 816, de 30 de abril de 2002, que instituiu o “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas”. Não tendo alcançado a amplitude prevista, em 2004, foi substituída pela portaria 2.197, que instituiu o “Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas”.

O Programa lançado em 2004 visava redefinir e ampliar a Atenção aos “usuários” de álcool e outras drogas no SUS, estabelecendo como principais componentes da rede de atendimento a Atenção Básica (AB), os CAPS-ad, os Ambulatórios e outras unidades extra-

⁷ Nas práticas da APS, convém avançar na construção de uma Clínica do *Clinâmen*, como “desvio” e bifurcação de sentido. Assim, “[...] não se trata mais de uma clínica do olhar, mas da escuta, ou do “olhar” que vê além do sintoma. A clínica como encontro [...] produção de sentidos [...]” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 30).

hospitalares especializadas, a Atenção Hospitalar de Referência e a Rede de Suporte Social, complementar à Rede disponibilizada pelo SUS e composta por entidades diversas da sociedade civil e de ajuda mútua. Reforçando a necessidade de uma atuação integrada e em Rede: indicava ações a serem realizadas por seus componentes, como o lugar estratégico ocupado pela AB na detecção do uso nocivo e/ou dependência, e também na realização de práticas de intervenção precoce (ações educativas, encaminhamento a instituições especializadas, ações de Redução de Danos, entre outras); e reafirmava a adoção da lógica de Redução de Danos bem como a necessidade de envolvimento dos programas DST/AIDS na articulação das ofertas de tratamento (BRASIL, 2004b).

Em 2009, a portaria 1.190 de 04 de junho instituiu o “Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas – PEAD 2009-2010”. Dirigido a municípios específicos (os 100 mais populosos, as capitais e sete municípios de fronteira), o PEAD trouxe propostas inovadoras como a implantação de casas de passagens/moradias assistidas para acolhimento transitório, os Consultórios de Rua⁸, entre outros. Em suas diretrizes, figurava a necessidade de enfrentamento do estigma, considerando que este pode se configurar como mais uma barreira para o acesso ao tratamento; além da diretriz de reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, com vistas à compreensão da inter-relação entre a dinâmica social e os processos de adoecimento dos indivíduos (BRASIL, 2009).

Vemos que, até então, os decretos, leis e portarias gerados pelo Ministério da Saúde sinalizavam a necessidade de fortalecer a estratégia de Redução de Danos, a autonomia dos “usuários” no estabelecimento do processo de tratamento, e a necessidade de avançar na superação do estigma. Sublinhavam a importância de fortalecer estratégias de cuidado na Comunidade e de superar práticas segregacionistas.

Aparentemente tudo ia bem, no plano do ideário e do discurso, até que em 20 de maio de 2010, é baixado o Decreto 7179, da Casa Civil, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas – o “Plano Crack”. A partir daí, passamos a

⁸ O Consultório de Rua surgiu como uma experiência pioneira na cidade de Salvador- Bahia, por volta do ano de 1999. Idealizada pelo professor Antônio Nery Filho no início daquela década, tinha como objetivo organizar a oferta de atendimento a usuários de drogas, em situação de grave vulnerabilidade e exclusão social; e que, por esse motivo, tinham dificuldade de acesso aos Estabelecimentos de Saúde tradicionais. Essa iniciativa foi colocada em prática, inicialmente, pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, ligado à Universidade Federal da Bahia (UFBA). Consiste num dispositivo clínico-comunitário, em que uma equipe multiprofissional vai até o contexto de vida dos usuários, ofertando cuidados à saúde, estabelecendo vínculos, viabilizando o acesso à Rede de instituições, num trabalho extramuros. No ano de 2009, após sofrer alguns ajustes, o Consultório de Rua passou a figurar entre as estratégias da política de Saúde Mental em âmbito nacional. Com a publicação das portarias 122 e 123, em 25 de janeiro de 2012, sua denominação foi alterada para Consultório *na* Rua e foi um dispositivo incorporado ao Departamento de Atenção Básica.

vivenciar um fortalecimento da velha ideia de “luta contra as drogas”. Aparentemente sem motivos diferentes ou maiores do que os comuns presentes até então, o *crack*, apareceu na mídia como uma espécie de “droga das drogas”, e seu uso foi publicamente elevado à categoria de epidemia social e, rapidamente, à posição de “inimigo número um” da sociedade. O alarde geral e a abordagem sensacionalista dada ao tema pela imprensa parecem ter sido suficientes para justificar uma “estratégia de guerra” que ameaçou abalar a atitude ético-política e teórico-técnica com que a Política Nacional de Saúde vinha tratando a questão, e que dava espaço a formas mais abrangentes de abordar essa complexa e delicada problemática. É interessante assinalar o significante “enfrentamento” que compôs o nome desse Plano, e ainda, o fato de que sua coordenação tenha ficado a cargo do Ministério da Justiça, mesmo contando com a participação de diferentes Ministérios na composição de seu comitê gestor (BRASIL, 2010a).

No final de 2011, avançando na lógica de construção das estratégias de “enfrentamento” ao *crack*, foi lançado pelo Governo Federal o Plano “Crack, é possível vencer!” (BRASIL, 2011), que na prática consistiu na ampliação do plano anterior. Retomando a diretriz de promover a Atenção integral ao “usuário” de *crack*, de prevenir o uso, e de enfrentar o tráfico de drogas, esse programa teve o efeito imediato positivo de fortalecer o incentivo à implantação e à expansão de Estabelecimentos como os CAPS-ad II e III, os Consultórios na Rua e as Unidades de Acolhimento infanto-juvenil e para adultos, o que pode significar um avanço importante para o equacionamento do problema. Por outro lado, esse último plano fortaleceu também as estratégias de reclusão dos sujeitos “usuários”, como as Comunidades Terapêuticas (comumente de cunho místico-religioso) e as internações involuntárias e compulsórias em Clínicas e Hospitais Psiquiátricos, produzindo uma inflexão oposta às práticas da APS, rompendo com o ideário e as diretrizes da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica.

É importante ressaltar ainda que, com a intensificação da repressão ao tráfico de drogas, presente no eixo norteador do plano denominado “autoridade”, que se apoia na lei 11.343/06⁹, corre-se o risco de levar à prisão um número grande de usuários. Essa lei estabeleceu uma diferenciação entre estes e os traficantes e, penalidades distintas para cada

⁹ A lei 11.343, da Casa Civil, de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas – Sisnad - abarcou a esperança de que o país pudesse constituir uma política de drogas mais humana e menos repressiva. Ao diferenciar usuários de traficantes, estabeleceu que os primeiros passariam a ser julgados em juizados especiais e não mais na vara criminal comum (como acontece com os agentes do tráfico); e que as penas passariam a privilegiar a reinserção social, através de advertências sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade e medidas educativas de comparecimento a programas ou cursos educativos (BRASIL, 2006). Porém, a descarcerização do porte de drogas para consumo individual, que passaria a ter as sanções descritas acima, anunciada como novidade, não se efetivou como esperado com a aprovação da lei.

caso; no entanto não definiu de forma clara a quantidade de droga que diferenciaria um do outro. Essa lacuna é uma das fragilidades da lei que tem dado margem a leituras bastante subjetivas e, portanto, à prisão de muitos “usuários”.

O ideal de guerra às drogas, que em geral resvala para a guerra ao “usuário”, parece estar ganhando força nos últimos anos com a justificativa de que o *crack* “destrói a sociedade” e “mata” (ROMANINI; ROSO, 2012; SANTOS; ACIOLI NETO; SOUZA, 2012). Essa situação inspira preocupação, sobretudo somada à nostalgia, aparentemente partilhada por alguns setores do governo e da sociedade, da “época em que era fácil internar” e em que os leitos psiquiátricos estavam espalhados aos milhares por todo o país, disponíveis para internações de longa permanência.

Não podemos deixar de recordar que os manicômios, tal qual os conhecemos, são herdeiros dos antigos leprosários, e que os “vagabundos”, “desocupados”, pobres e os “loucos” de toda ordem substituíram, histórica e socialmente, seus primeiros moradores (FOUCAULT, 1978). Como evitar o raciocínio de que os “usuários” de álcool e outras drogas poderiam ser só mais um elo nessa cadeia? Sabemos que há vários anos, os alcoolistas já vinham “disputando” os leitos dos manicômios com os sujeitos diagnosticados com “Transtornos Mentais” (COSTA-ROSA, 2012). Também é fato constatado que, mais recentemente, esses leitos passaram a receber maciçamente os “usuários” de outras drogas (em especial de *crack*). Assim estaríamos assistindo a uma reedição do que aconteceu com os “leprosos” e posteriormente com os “alienados”. Os “usuários” de álcool e outras drogas, destituídos de sua capacidade de gerir a própria vida, têm-na, tutelada pela família ou pelo Estado, por meio da disseminação das internações involuntárias e/ou compulsórias, proclamadas como solução ideal e definitiva para o problema.

Mesmo considerando as relevantes conquistas dos últimos anos na área legislativa e normativa, a implantação de Estabelecimentos e de Redes de Saúde para a efetivação dos cuidados aos sujeitos que são atravessados pelos impasses relacionados ao uso de álcool e outras drogas, num balanço geral, parece não ter sido tão expressiva quanto a velocidade com que as portarias e decretos foram editados, publicados e, muitas vezes, substituídos; além do mais, nem sempre acompanhando o movimento iniciado pela Reforma Psiquiátrica e os direcionamentos das Conferências Nacionais de Saúde Mental. Vale lembrar, ainda, que o relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma a necessidade de superar o modelo predominantemente focado na abstinência ou na criminalização do “usuário” e a necessidade de ampliar a Rede de cuidados em Saúde Mental por meio de

políticas públicas intersetoriais, antimanicomiais e coerentes com os princípios e diretrizes da RPb e da APS (BRASIL, 2010b).

Aceitando agir ao sabor dos clamores alarmistas e imediatistas que permeiam a problemática do uso de drogas na atualidade, acaba-se por desconsiderar o potencial da consolidação de uma Rede ampliada, e do fortalecimento das estratégias pioneiras, como os CAPS-ad, que, como sabemos, para serem coerentes com o ideário da RPb e da APS, requerem profissionais com uma formação também ampliada (comumente não disponíveis de imediato) e um conjunto mínimo de transformações culturais, já que a participação conjunta da população do Território é imprescindível para a superação do velho modelo e das velhas práticas.

Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços de construção da Atenção no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira

O primeiro CAPS do Brasil, inaugurado na cidade de São Paulo, em 12 de março de 1987, para atendimento a sujeitos em sofrimento psíquico grave, tornou-se referência para a implantação de serviços dessa natureza por todo o país. Foi uma iniciativa inovadora, constituída através da militância social e política de um grupo de trabalhadores que acreditava na proposta de uma forma mais humana e criativa de “fazer” saúde mental (PITTA, 2011).

Os CAPS como equipamentos institucionais efetivamente em funcionamento no país, primeiro em municípios específicos e depois como instrumento do SUS para a implementação efetiva da Reforma Psiquiátrica, são tributários das heranças das experiências históricas internacionais de contestação e reforma da Psiquiatria Asilar, principalmente a Antipsiquiatria inglesa, a Psicoterapia Institucional francesa e a Psiquiatria Democrática italiana. A partir de suas experiências práticas, e das reflexões geradas em torno delas, tem sido possível fazer avançar a RPb na direção da APS. Esses avanços têm se configurado em alguns contextos como exercício de transição paradigmática e mesmo como substituição do paradigma historicamente dominante nas práticas da Psiquiatria; naturalmente com a oscilação entre avanços instituintes e reincidências do instituído, previsível nos processos de luta.

Os Centros de Atenção Psicossocial para atendimento específico às problemáticas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPSad) foram criados e oficializados apenas em 2002, e seguiram a mesma lógica de seus antecessores. Propostos como Estabelecimentos

ambulatoriais, de Atenção diária, foram compostos por equipes multiprofissionais e com a atribuição de se responsabilizarem pela organização da demanda e da Rede de Atenção em seu território de abrangência, devendo ocupar um lugar estratégico nas respostas às demandas dos sujeitos “usuários” de álcool e outras drogas.

Dados do Ministério da Saúde informam que em junho de 2012 havia no Brasil 1.803 CAPS, dos quais 281 estavam cadastrados como CAPSad. Entre estes, apenas 12 possuíam as características dos CAPSad III (abertos 24 horas e com possibilidade de continência das crises) (BRASIL, 2012).

No processo de avanço da RPb, estes Estabelecimentos representam a possibilidade da construção de uma configuração da Atenção com características opostas à do Hospital Psiquiátrico de feições manicomiais. Porém, dadas as características do contexto socioeconômico e cultural em que estão inseridos e as características da formação dos profissionais que os compõem, não estão livres de reproduzir em seu cotidiano novas formas de “manicomialização” dos impasses da subjetivação (PANDE; AMARANTE, 2011). A experiência tem mostrado que eles podem funcionar segundo a mesma lógica que pretendem superar, reproduzindo práticas que prescindem dos muros, mas mantém o Manicômio em uma série de ações e, sobretudo, em sua lógica de funcionamento institucional (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA, 2011; PANDE; AMARANTE, 2011).

Uma análise estrutural das instituições é capaz de mostrar uma homologia entre os modos do processo de produção da vida material na sociedade e aqueles que se efetivam no campo da Saúde Mental. Da mesma forma, verifica-se uma inércia dos diferentes modos de produção institucionais a manterem a direção dos modos de produção dominantes. Uma análise paradigmática é capaz de indicar que, neste momento histórico, a forma como se articula o processo de produção da Atenção tenderá a oscilar entre as configurações designadas como Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) ou Paradigma Psicossocial (PPS) (COSTA-ROSA, 2011).

Podemos identificar o Modo Capitalista de Produção (MCP) como o modelo hegemônico de organização das relações da produção social na atualidade. Entre suas características e as de seu correlato no campo da Saúde Mental, o PPHM, destacamos: relações verticais intrainstitucionais e, com a clientela, ações fragmentadas no processo de produção da Atenção, cisões entre saber e fazer e entre produção e produto (o que, neste caso, implica uma cisão entre o sujeito do sofrimento e o próprio sofrimento: ao invés de participar da produção do saber acerca do seu sofrimento – saber inconsciente, em sua maior relevância – e da construção de sua saúde, recebe-a vinda de fora por meio de medicamentos, das

psicoterapias fundadas no eu consciente, de atividades artesanais “prescritas” pelos “técnicos”, etc.). As consequências mínimas desse modo de funcionamento são: a exclusão da dimensão subjetiva tanto dos sujeitos/“usuários” quanto dos sujeitos/trabalhadores, que culmina na produção de subjetividades serializadas, na utilização da medicação como resposta imediata e *a priori* para o sofrimento psíquico; e a subordinação dos interesses dos sujeitos do sofrimento psíquico aos interesses e valores sociais dominantes; ou seja, a mesma situação que, por hipótese, é um dos fatores importantes da emergência desses impasses (COSTA-ROSA, 2011; MARTINI, 2010).

Podemos dizer ainda que o PPHM, além de homólogo ao MCP, funciona segundo as mesmas características estruturais do modo de produção do “Discurso da Universidade” (COSTA-ROSA, 2011), à medida que o saber sobre o sofrimento psíquico constantemente é encarnado por um agente que se faz o seu proprietário exclusivo, fazendo-o operar sobre o sujeito que se queixa, mantido na posição de objeto passivo, com a pretensão de que é possível produzir mudanças psíquicas sem que a subjetividade seja acionada. É uma modalidade de saber comum da ciência positiva contemporânea (como os códigos internacionais de doenças, por exemplo). Esse saber é sustentado/construído independentemente do trabalho subjetivo do sujeito do sofrimento e daquele que o escuta.

O Paradigma Psicossocial (PPS), por sua vez, se contrapõe dialeticamente ao PPHM e, entre suas características básicas destacamos a indissociabilidade entre saúde psíquica e subjetividade, a inclusão do sujeito do sofrimento como um agente (o principal) das mudanças daquilo de que se queixa, e o estabelecimento necessário de formas cooperadas/horizontalizadas de relação entre os trabalhadores, e destes com os sujeitos que procuram a instituição (COSTA-ROSA, 2000, 2011).

Na produção acadêmica acerca da Atenção produzida nos CAPSad, há relatos que indicam a presença de práticas e ações que caminham no sentido da construção do PPS coexistindo com a incidência de outras que caminham em sua contramão. Por um lado, percebe-se uma preocupação crescente quanto à crítica do cotidiano, a inserção de conceitos como sujeito, subjetividade, escuta e clínica (que demonstram forte influência da psicanálise no campo da RPb) na fala dos profissionais, e a busca da construção da autonomia dos sujeitos em seu processo de tratamento (JORGE et al., 2012; PACHECO; ZIEGELMANN, 2008). Por outro, no entanto, há relatos de CAPSad em que as práticas medicocentradas focadas predominantemente na medicação, em conjunção com a manutenção da abstinência como a meta norteadora do tratamento, predominam. Relações verticalizadas e de caráter pedagógico dos profissionais com os sujeitos do sofrimento psíquico e a pouca extensão das

ações ao Território complementam o quadro (MORAES, 2008).

Fica claro que a construção da APS e a desmontagem do paradigma manicomial se fazem no dia a dia dos estabelecimentos que constituem a Rede, e que a simples alteração da estrutura física ou das denominações que estes recebem não garante que ali de fato se produza a Atenção dentro de um paradigma que tenha como meta a singularidade da Atenção e da própria subjetividade. Assim, estar “dentro” do estabelecimento CAPS, não é garantia de saltar para “fora” da Instituição PPHM. Se estivermos aprisionados pela instituição psiquiátrica em seu aspecto mortífero, podemos produzir o PPHM em qualquer Estabelecimento ou mesmo fora de qualquer um deles (ALTOÉ, 2005; COSTA-ROSA, 2000, 2011; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; PANDE; AMARANTE, 2011).

Contribuições da psicanálise

Nossa referência à psicanálise se deve à sua contribuição para a ampliação do campo da Saúde Mental e para a construção da APS. Várias experiências têm indicado que inserir o dispositivo analítico na cena na Reforma Psiquiátrica potencializa a construção de uma Clínica capaz de ampliar o vislumbre e as ações dirigidas ao sujeito, tanto considerado amplamente quanto em sua singularidade. Isso permite acrescentar uma especificidade da escuta das determinações inconscientes do sofrimento e dos impasses psíquicos em geral, permitindo tomá-los como operador central das práticas de tratamento (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006; QUINET, 2009; RINALDI, 2005; TENÓRIO, 2001; COSTA-ROSA, 2012). A Clínica que a psicanálise nos ensina faz saber que o enigma presente na relação do sujeito com seu sintoma e sofrimento deve ser agenciado por meio da palavra dada a ele e, da oferta efetiva de possibilidades de construção de um vínculo transferencial propiciado pelos terapeutas. O pressuposto da presença de determinações inconscientes nos impasses psíquicos e de que o trabalho só é viável, em sua operatividade, se, sob transferência, introduzem mudanças radicais nos modos de produção da Atenção que são inéditas no manejo do sofrimento psíquico no contexto da Saúde Coletiva.

Nessa perspectiva, o sofrimento psíquico, em suas diversas manifestações, passa a ser concebido como parte da existência, e os conflitos vivenciados pelo sujeito, sendo constitutivos do seu “estar no mundo”, não devem mais ser removidos ou suprimidos a qualquer custo por meio das práticas curativas (mais ou menos invasivas e à revelia de seu

“saber de sujeito”), pois são, também, uma expressão de seu posicionamento subjetivo e sociocultural – formas de objeção às situações conflitivas pelas quais é atravessado, e de demanda de abertura de oportunidades de equacionamento e solução. Opera-se, então, uma transformação importante nos objetivos do tratamento: ao invés da busca da cura ou “sutura” da dimensão subjetiva inconsciente, busca-se a abertura para a produção desse saber inconsciente, única forma de abordar a dimensão singular dos impasses e dos desejos velados por eles; a isso se costuma chamar produção de subjetividades singularizadas. Parte-se da hipótese, já demonstrada, de que os impasses dessa ordem só podem ser equacionados e nunca erradicados, ou seja, exigem que o sujeito possa construir respostas mais plásticas e criativas aos conflitos que o atravessam e nos quais é necessariamente “atravessador” (COSTA-ROSA, 2000, 2011, 2012; DASSOLER; PALMA, 2011; RINALDI, 2005).

A suposição de que a verdade do sujeito não está na apresentação fenomênica do sintoma, mas no saber que ele veicula (saber inconsciente), se estende também ao campo dos impasses psíquicos graves derivados do uso de álcool e outras drogas. Essas coordenadas teóricas, técnicas e éticas indicam que a identificação da quantidade e frequência do uso, ou tipo de drogas são insuficientes para nos dar acesso ao fenômeno qualificado como *adição*¹⁰. O funcionamento neuroquímico do organismo e as propriedades psicoativas da droga são uma parte da questão certamente importante e mesmo determinante depois que mudanças no organismo e, sobretudo, no aparelho psíquico, foram estabelecidas em decorrência das propriedades específicas da droga e da modalidade de seu uso; entretanto não respondem a toda a situação como, por vezes, fazem supor alguns representantes mais renitentes da visão clássica da psiquiatria como ciência. Nesse sentido, é importante lembrar que

[...] é surpreendentemente variável e complexa a maneira com que os indivíduos se utilizam de drogas psicotrópicas, assim como a estrutura psíquica neles subjacente. Encontramos desde um uso social e esporádico, passando por um uso acentuado em algumas épocas da vida, pelo uso regular sem consequências aparentes no cotidiano da pessoa, um uso frequente que mantém o sujeito em uma espécie de ‘corda bamba’, até o uso compulsivo, desenfreado e que conduz a uma total desorganização da vida social e pessoal do indivíduo [...] que caracteriza a toxicomania propriamente dita (GURFINKEL, 1996, p. 47).

Essas diferenciações, por sua vez, estão estritamente relacionadas à “modalidade de gozo experimentada e suportada” (RIBEIRO, 2009, p. 339) pelos sujeitos. Para muitos deles,

¹⁰ No campo das práticas e considerações atuais da psicanálise, tem-se utilizado preferencialmente o conceito de toxicomanias (BENTES; GOMES, 1998). Adotaremos toxicomania como o termo preferencial, por ele remeter a um conceito bem preciso e, também, devido a uma série de conotações variadas assumidas pelo termo *adição*.

a droga parece ter a função de remediar os efeitos da angústia advinda das diferentes situações de impasse relacionadas com a “separação”, que exigem equacionamento e elaboração para que o indivíduo possa situar-se sociocultural e subjetivamente diante das exigências da vida cotidiana (na psicanálise, comumente, fala-se em “mal-estar na civilização”, “dor de existir” ou simplesmente angústia de castração).

Para outros, a droga parece assumir o *status* do objeto autêntico de um gozo idealizado e irrecusável, num processo de negação da divisão subjetiva e recusa de toda a angústia, inclusive a cotidiana comum, e sua substituição pela aspiração renitente a esse estado de gozo idealizado.

Ao falarem de seu primeiro encontro com o ‘gozo da droga’, esses indivíduos dão conta de que para eles essa experiência tem um valor de reencontro subjetivo mítico. Essa vivência se eleva a tal importância para as coordenadas subjetivas, que parece marcá-los para sempre, a ponto de desenvolverem um verdadeiro empuxo à droga. Como se houvesse o desvelamento de ‘traços de gozo’ até então ocultos para o indivíduo (COSTA-ROSA, 2012, p. 85-86).

Torna-se exigência ética, então, um trabalho de escuta que possibilite identificar, em cada caso particular, a que situações socioculturais e subjetivas a droga responde, que lugar ela ocupa na economia psíquica e no modo singular de satisfação daquele que procura ajuda (RIBEIRO, 2009). Não é excessivo lembrar que, justamente por estar inserido na cultura, o sujeito responde às formas de subjetivação estimuladas em dado momento histórico. Sua relação com os objetos (assim como os objetos-droga) recebe a marca da cultura e do contexto social mais amplo, dos modos de satisfação pulsional estimulados numa dada época (ROSA, 2010). Assim as

[...] diferentes modalidades de uso de drogas na nossa sociedade [...] além de estarem pautadas nas idiossincrasias de cada constituição psíquica e no modo de gozo suportado por cada sujeito singular, remontam também a distinções na relação dos sujeitos com a cultura e com o campo social mais amplo (RIBEIRO, 2009, p. 344).

Podemos dizer que a toxicomania atualiza uma forma de gozo e de relação com o Real coerente com a lógica que marca este momento histórico, caracterizada pelo consumo e pelo gozo com os objetos (*gadgets*¹¹), criados pela tecnociência (COSTA-ROSA, 2012; RIBEIRO, 2009; ROSA, 2010; SANTIAGO, 2001). No entanto o objeto-droga tem uma particularidade

¹¹ *Gadgets*, termo inglês usado por Lacan para falar de objetos engenhosos, mas pouco úteis, que contém a um só tempo a ideia de satisfação e de dejetos. “A característica mais singular dos *gadgets* é que o sujeito se liga a eles; até mesmo agarra-se e fixa-se neles” (SANTIAGO, 2001, p. 151).

que não pode ser desconsiderada: ele fornece o acesso a uma forma de gozo que pode levar o sujeito a fazer uma ruptura com as formas de gozo mais comuns, o gozo dito fálico¹². Estaria aí situada uma “distinção entre as drogas utilizadas na vertente de mais um *gadget* e as drogas como objeto do gozo monótono das chamadas toxicomanias” (RIBEIRO, 2009, p. 342).

Nesse sentido, os modos de subjetivação do contemporâneo parecem estar estreitamente relacionados à mesma inércia que leva à intensificação do consumo de drogas. Os sujeitos são expostos cotidianamente a convites tentadores ao consumo, atrelados a ofertas ilusórias de completude mediante os diversos objetos que poderiam garantir: segurança, felicidade, ausência da dor, realização, bem estar e *status*.

A intervenção da ciência no social, característica marcante deste momento histórico, com suas promessas de cura da “dor de existir” e as ofertas de felicidade e completude, parece provocar uma alteração radical na relação do homem com seu corpo, a pulsão e o desejo. Para além do que a Ciência pode apreender, justamente por ter excluído o sujeito (do desejo), há um efeito Real de gozo oferecido pelos diversos objetos que ela mesma contribuiu para colocar à disposição dos homens. Desses efeitos, paradoxalmente, a Ciência nada pode saber. Muitos dos objetos que produz, marcados por uma função utilitarista, “oferece aos sujeitos os meios de uma recuperação da satisfação pulsional” que tenta suprimir a divisão subjetiva, numa busca nostálgica da completude narcísica (SANTIAGO, 2001, p. 28). Melman (1992) foi um dos primeiros a falar do toxicômano como pioneiro na descoberta desse objeto fabuloso que a “sociedade de consumo” procura tão freneticamente; um objeto capaz de satisfazer desejo e necessidade, e de exigir renovação constante, automática e infinita.

Segundo Costa-Rosa (2012), na Formação Social da atualidade, pode-se identificar uma busca pela dimensão de gozo dos objetos se sobressaindo à busca destes como objetos de desejo. Neste contexto,

[...] a toxicomania e, de outro modo, o próprio uso de drogas assumem contornos de uma nova forma de ‘mais-gozar’ (extração de gozo do corpo) em que se combinam, potencializando-se, as transformações produzidas pelos efeitos da Ciência e as da própria estrutura sócio-simbólica da Formação Social. As diferentes transformações se superpõem e sobremodalizam: a quebra do poder simbolizante dos ideais imaginários do liberalismo, o desvelamento do caráter real da “lei do mercado” como reguladora das relações sociais, e transformações introduzidas no real pela própria tecnociência como produtora de *gadgets*. Numa sociedade de

¹² O gozo fálico é subordinado à elaboração simbólica das experiências de castração (como assinalado anteriormente) e conectado com a aspiração aos ideais sócio-culturais. É, portanto, um gozo limitado, localizado em partes pulsionais do corpo do indivíduo.

consumo, ou seja, de fartura da oferta de *gadgets*, fica fácil o recurso ao uso de drogas instalar-se como “um substituto artificial das formas usuais de sintoma” (COSTA-ROSA, 2012, p. 80-81).

Melman (1992) esclarece que, quando os sintomas vivenciados pelos indivíduos se inscrevem no Discurso Social Dominante, revelando algo da verdade de uma dada sociedade numa época específica, é pertinente analisá-los a partir do conceito de Sintoma Social Dominante.

Segundo o autor, o estímulo ao consumo desmedido, urgente, sem mediações ou possibilidades de simbolização, que caracteriza nossa sociedade, teria equivalência com as manifestações psíquicas nomeadas toxicomania.

[...] o que se chama para nós “a sociedade de consumo” repousa sobre um ideal, mas ignora que este ideal é o toxicômano que o realiza. Com efeito, o sonho de todo publicitário, de todo fabricante é de realizar o objeto do qual ninguém poderia mais passar sem; objeto que teria qualidades tais que apaziguaria, ao mesmo tempo, as necessidades e os desejos, que necessitaria de uma renovação permanente, uma perfeita dependência. Vejo a toxicomania como o estofado da sociedade de consumo, como sua verdade (MELMAN, 1992, p. 94-95).

O sujeito é chamado a gozar a qualquer preço (e aqui podemos pensar no preço pago com o dinheiro ou com o próprio corpo). A cultura e o mercado oferecem uma série de objetos com os quais se poderia gozar sem restrições e sem limite. Nesse contexto amplia-se a tentação de lançar-se na busca do objeto que possibilitaria uma satisfação direta e real no corpo, sem intermediação simbólica.

A busca por esse objeto mágico que curaria todos os males não é feita apenas nas portas das “biqueiras” ou nas esquinas das periferias, ela pode acontecer também nos consultórios médicos e nas instituições de Saúde.

Nesta perspectiva, tanto no contato com a Ciência, nos Estabelecimentos de Saúde, quanto no contato com o traficante,

[...] o que orienta o indivíduo é a busca desesperada de uma poção mágica que impossibilite o reconhecimento do sofrimento inerente à existência, impedindo então a constatação das desilusões que a vida inevitavelmente provoca em qualquer ser humano, de forma que o sujeito possa existir em estado nirvânico [...] o que direciona o sujeito existencialmente [...] é o *não saber* sobre as condições fundamentais do sujeito que está em pauta [...] (BIRMAN, 2009, p. 202-203, grifo do autor).

O sujeito que se lança nessa busca, pode facilmente apegar-se a um objeto que lhe cause danos, já que a pulsão também pode ser satisfeita com objetos nocivos ao indivíduo (SANTIAGO, 2001). O paradoxo da relação do sujeito com a droga é justamente este: estando em jogo a busca do seu gozo, ele pode guiar-se na busca do seu mal, “na medida em que o bem supremo não existe” (RABINOVICH, 2004, p. 15). Assim podemos ter uma compreensão inicial do que faz com que o sujeito, mesmo tendo vivências trágicas e sofrendo, literalmente na pele, os danos do uso, não consiga interrompê-lo.

Considerações finais

Nos últimos anos, as autoridades e a população foram chamadas à atenção das incidências da toxicomania. Estas passaram a ganhar visibilidade em programas de televisão, rádio e mídia impressa, pelos quais são noticiadas como a epidemia do século XXI. Experiências anteriores mostram que é necessário tomar cuidado com a postura alarmista e exagerada, que pode ter como consequência uma conduta incoerente com a real magnitude do problema e ter como fruto ações que desconsideram as multideterminações do fenômeno do uso de drogas e, especificamente, da toxicomania, negligenciando a subjetividade e as implicações sociais, ideológicas, econômicas e políticas em jogo.

A questão assim colocada abre a discussão acerca da adequação das políticas de drogas voltadas para a repressão que instauram uma postura paranóica frente às drogas, preconizando estratégias bélicas que chegam a estabelecer verdadeiras guerras não apenas contra a droga, mas, sobretudo, contra o usuário. Leva-nos a questionar, também, a adequação das políticas de tratamento à toxicomania que, demonizando a substância, apostam em estratégias de reclusão para afastar o sujeito do “objeto ameaçador” (MELMAN, 1992).

Se por um lado temos que problematizar o apaixonamento dos adictos com a droga, também é necessário problematizar a “aversão sistemática, demonização ou fobia” (GURFINKEL, 2008, p.428) em relação a ela, que só dão margem a ações que caminham na contramão da Reforma Psiquiátrica e da APS.

Não se trata de menosprezar o poder indutor que a oferta e disponibilização das drogas nos diferentes espaços podem produzir num sujeito adicto (ou em vias de tornar-se toxicômano). Portanto há um papel importante a ser assumido pela Segurança Pública no controle ao narcotráfico. No entanto a tentativa de conter o uso desenfreado de drogas e a

toxicomania, como se o que a definisse fosse apenas ou prioritariamente o “objeto”, leva a ações pouco efetivas em termos da Atenção e da Clínica. A reedição de medidas compulsórias de internação dos sujeitos em Comunidades Terapêuticas ou nos Hospitais Psiquiátricos e a manutenção de ações de desintoxicação que têm a medicação ou qualquer outra forma de tamponamento da dimensão subjetiva como uma resposta *a priori* para o sujeito são exemplos flagrantes dessas ações precipitadas e pouco refletidas politicamente.

A atribuição ao objeto-droga da responsabilidade pelo mal-estar social pode camuflar os efeitos de um sistema social perverso que ao mesmo tempo repudia, condena e gesta a violência social mediante as suas várias formas de exclusão. Nesse contexto, sendo a droga o “mal que assola a sociedade”, a abstinência seria a solução e a indicação das internações, o meio para alcançá-la.

O reconhecimento do atraso histórico do SUS na definição de políticas e ações efetivas de resposta aos impasses decorrentes do uso de álcool e outras drogas não pode conduzir a práticas higienistas e retrógradas que nos levem a tecer a Rede e a Atenção/cuidado dentro de um paradigma que já conhecemos bem e que nos deixou como herança uma legião de “assujeitados” e excluídos, muitos deles conseguindo se desvincular das instituições de internação apenas por meio da “alta divina”¹³.

Na atitude transdisciplinar, que interessa à APS, a ética é o que move os processos de produção cujo objetivo não é a reposição do sujeito do sofrimento numa pretensa normalidade, mas a produção de subjetividades singularizadas. Nessa perspectiva, os efeitos terapêuticos buscados são indissociáveis do reposicionamento subjetivo do sujeito e, portanto, da sua implicação nos conflitos que o atravessam, o que pressupõe um “processo de produção de sentido às injunções da realidade e do real, produção significativa que faz diferença” (COSTA-ROSA, 2011, p.224).

Vemos que, apesar das dificuldades, a Reforma Psiquiátrica avançou bastante nas últimas décadas, assim como a construção da política de atendimento aos “usuários” de álcool e outras drogas no SUS. No entanto os riscos da institucionalização das práticas exigem dos atores presentes no campo um processo constante de reflexão acerca da oferta de Atenção empreendida nos estabelecimentos que compõem a Rede do Território. Distanciadas dos

¹³ Apesar da implantação de ações de desinstitucionalização, como o Programa de Volta Pra Casa e de Residências Terapêuticas, ainda há muitos sujeitos internados nos hospitais psiquiátricos de todo país, vítimas do período em que as internações eram pouco criteriosas (e em inúmeros casos, perversas e sem qualquer critério). Muitos destes, considerados “moradores”, passaram a maior parte da vida dentro da instituição hospitalar e, em razão das perdas subjetivas, sociais e familiares que sofreram ao longo dos anos de internação, têm como perspectiva de saída do Hospital Psiquiátrico apenas a alta por óbito, como já ocorreu com muitos sujeitos ao longo da histórica da psiquiatria (BARROS; BICHAFF, 2008).

ideais e princípios que fundamentam a APS, as instituições e dispositivos implantados podem se descaracterizar e perder sua função, deixando de ser as peças fundamentais na reorganização da Atenção em Saúde Mental, para se configurarem apenas como “mais um serviço” (LUZIO; YASUI, 2010).

Essa construção exige que os trabalhadores façam frente à alienação que o MCP e o PPHM imprimem às práticas em geral e em Saúde. Só a criação de situações institucionais em que os profissionais possam apropriar-se da atitude de conciliar a aquisição do saber disponível com a de produzir o saber relativo às suas práticas, poderá viabilizar as condições necessárias para oferecer (transferencialmente) aos sujeitos do sofrimento a possibilidade de produzirem, também, o saber inconsciente demandado pelo seu sofrimento, único capaz de ajudar em repostas mais criativas às suas dores.

Referências

ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Psicanálise e Saúde Mental, uma aposta*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2006.

ALTOÉ, Sonia. Sobre o termo instituição e as práticas institucionais. In: LIMA, Marcia Mello de; ALTOÉ, Sonia. *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 72-86.

BARROS, Sonia; BICHAFF, Regina (Orgs.). *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo: FUNDAP - Secretaria da Saúde, 2008.

BENELLI, Silvio José. *A ética como parâmetro analítico das práticas institucionais de atenção psicológica na Assistência Social*. Assis: Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2012. Mimeografado.

BENTES, Lenita; GOMES Ronaldo Fabião. *O brilho da (in)Felicidade*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1998.

BERTOLETE, José Manoel. O que é droga, onde e quando? Uma leitura da geopolítica mundial sobre algumas substâncias psicoativas. In: FUNDAÇÃO ALEXANDRE DE

GUSMÃO. *Geopolítica das drogas: textos acadêmicos*. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011. p. 51-68.

BIRMAN, Joel. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 fev. 2002b. Seção 1, p. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004b. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 15 out. 2004b. Seção 1, p. 49.

BRASIL. Decreto-lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Seção 1, p. 2.

BRASIL. *O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais: módulo1*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 05 jun. 2009. Seção 1, p. 128.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010a. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 mai. 2010a. Seção 1, p.43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
BRASIL. Governo Federal. *Crack, é possível vencer: enfrentar o crack. Compromisso de todos*. Brasília: Governo Federal, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. *Saúde Mental em Dados - 11*, v.7, n.11, out. 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 11 abr. 2013.

CARLINI, Elisaldo de Araújo, et al. Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente; Rio de Janeiro e São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.45, n.4, p. 227-236, 1996.

CARLINI, Elisaldo de Araújo. A história da maconha no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.55, n.4, p. 314-317, 2006.

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

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO Cristina Amélia; YASUI, Sílvia. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, Abílio. *Operadores fundamentais da Atenção Psicossocial: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. 2011. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

COSTA-ROSA, Abílio. *Subjetividade e usos de drogas: álcool e outras drogas*. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia, 2012.

DASSOLER, Volnei Antônio; PALMA, Claudia Maria. Contribuições da psicanálise para a Clínica Psicossocial. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v.11, n.3, p. 933-958, 2011.

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; STEMPLIUK, Vladimir de Andrade; BARROSO, Lúcia Pereira (Orgs.). *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília: SENAD, 2009.

FERREIRA, Pedro Eugênio Mazzucchi; MARTINI, Rodrigo. Cocaína: lendas, história e abuso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.23, n.2, p. 96-99, 2001.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GURFINKEL, Decio. A droga e a coisa: sobre a delimitação do conceito de toxicomania. In: COHEN, Claudio; SEGRE, Marco; FERRAZ, Flavio Carvalho (Orgs). *Saúde mental, crime e justiça*. São Paulo: EDUSP, 1996. p. 42-54.

GURFINKEL, Decio. O episódio de Freud com a cocaína: o médico e o monstro. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.11, n.3, p. 420-436, 2008.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. *Physis*, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1543-1561, 2012.

LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.15, n.1, p.17-26, 2010.

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

MELMAN, Charles. *Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta, 1992.

MENDES, Adriane Cristina Janiszewski. *Análise da sessão de intervenção breve, bem como da sua eficácia, aplicada pós a detecção pelo ASSIST-OMS a usuários abusivos de álcool, maconha, cocaína e anfetaminas na atenção primária à saúde em dois municípios do Paraná*. 2006. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 121-133, 2008.

PACHECO, Milena Leal; ZIEGELMANN, Luiz. Grupo como dispositivo de vida em um CAPS ad: um cuidado em Saúde Mental para além do sintoma. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.32, n.78-80, p.108-120, 2008.

PANDE, Mariana Nogueira Rangel; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 2067-2076, 2011.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: Instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4579-4589, 2011.

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

RABINOVICH, Diana S. *Clínica da pulsão: as impulsões*. Rio de Janeiro: Campanhia de Freud, 2004.

RIBEIRO, Cynara Teixeira. Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade. *Âgora (Rio de Janeiro)*, v.12, n.2, p.333-346, 2009.

RINALDI, Doris. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: LIMA, Marcia Mello de; ALTOË, Sonia (Orgs.). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 87-106.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v.32, n.1, p. 82-97, 2012 .

ROSA, Márcia. Jacques Lacan e a clínica do consumo. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p. 157-171, 2010.

SANTIAGO, Jesus. Lacan e a toxicomania: efeitos da ciência sobre o corpo. *Âgora (Rio de Janeiro)*, v.4, n.1, p. 23-32, 2001.

SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ACIOLI NETO, Manoel de Lima; SOUSA, Yuri Sá Oliveira. Representações sociais do crack na imprensa pernambucana. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v.29, n.3, p. 379-386, 2012.

TENÓRIO, Fernando. *A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ENSAIO 2

Contribuições do Dispositivo Intercessor para a práxis da Atenção Psicossocial: relato da experiência vivenciada num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

Introdução

A Universidade, em sua configuração mais comum, compartilha e reproduz a lógica da divisão social do trabalho no Modo Capitalista de Produção (MCP) e sua contradição fundamental, operando em duas linhas de produção bem configuradas e distintas: de técnicos para o mercado e de pesquisadores/intelectuais para a (re)produção de saber. Essa adesão à cisão entre fazer *versus* saber também fica clara em sua meta radical de produzir o conhecimento necessário à sociedade. Mesmo quando se dirige à práxis, é com o objetivo de produzir um saber “sobre” ela, um saber de especialista, que por vezes entra desqualificando o saber da práxis (que não é de especialista) (COSTA-ROSA, 2007, 2011).

Essa forma da Universidade operar legitima e reifica a identificação dos que estão nos serviços, diretamente responsáveis pela Atenção, como aqueles que apenas sabem fazer, isto é, aplicadores das técnicas, e os que estão na universidade, os pesquisadores/intelectuais, como os detentores do conhecimento que responderia às questões e insuficiências da prática, como os únicos que poderiam desvendar ou falar acerca de sua verdade (MIRANDA, 2011).

Esse tipo de formação e a forma de produção do conhecimento que lhe é correlata, não podem responder amplamente às exigências do campo da Atenção Psicossocial (APS), já que, neste, exige-se a construção de saberes singulares em cada domínio (COSTA-ROSA, 2007, 2011; MARTINI, 2010).

O avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira tem possibilitado transformações importantes no campo da Atenção ao sofrimento psíquico, que convocam os atores sociais à construção de novas propostas de “cuidado”, mais adequadas à complexidade das demandas que se apresentam a este campo. Este novo cenário dá aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) um lugar estratégico na articulação e organização da rede de cuidados (PITTA, 2011; LUZIO; YASUI, 2010).

Para que se produza a modalidade de Atenção que interessa à APS, no entanto, é necessário que os trabalhadores se desloquem do lugar de reprodutores dos discursos instituídos, práticas e saberes pré-estabelecidos, e assumam o “lugar de criadores de relações, possibilidades e técnicas que permitam a produção de subjetividades singulares ao invés daquelas serializadas que decorrem do MCP” (MARTINI, 2010, p. 82). Faz-se necessária a construção de intercessores que possam operar no campo efetivo de realização das ações e que produzam um

[...] dribles do MCP que atravessa atualmente os processos de produção da Atenção ao sofrimento psíquico – requisito mínimo necessário para a superação do Paradigma Psiquiátrico – que precisa ser pessoalmente produzido (reproduzido) no cotidiano institucional (relações intra-institucionais), mas, sobretudo, ele deve ser uma condição objetiva do posicionamento subjetivo do trabalhador (COSTA-ROSA, 2011, p. 20).

Considerando o lugar estratégico que os CAPS assumiram no cenário da Reforma Psiquiátrica e a necessidade de se ampliarem as discussões acerca das práticas empreendidas no campo da APS, o presente ensaio apresenta uma experiência de intercessão-“pesquisa” vivenciada em um Centro de Atenção Psicossocial para atendimento aos sujeitos dos impasses decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPSad II), buscando apontar a possibilidade de fortalecer processos instituintes, a partir do reposicionamento dos trabalhadores em sua relação com a práxis.

Para a reflexão, foram destacados fragmentos das intercessões realizadas em reuniões de equipe, em questões relevantes que foram surgindo para o grupo, com o objetivo de contribuir para que os trabalhadores (entre os quais a intercessora-trabalhadora está incluída) tivessem a possibilidade de questionar preconceitos, saberes estabelecidos, relações e normas empobrecedoras, e construir um saber singularizado, operando deslocamentos nos modos de produção empreendidos.

Questões preliminares acerca do Dispositivo Intercessor

É comum que alguns profissionais, após certo período de atividade na Atenção, recorram à Universidade e seus cursos de especialização, atualização ou mestrado como uma forma de lidar com os sentimentos de empobrecimento e de estagnação advindos do trabalho, como efeitos do processo de alienação típicos das instituições sintônicas com o MCP. Essa busca, em geral, é resultado da atribuição à Universidade da qualidade de produtora única ou privilegiada do conhecimento necessário ao enriquecimento da prática ou à solução das questões que se apresentam no dia a dia da Atenção.

Encontramos aí a questão fundamental que o Dispositivo Intercessor (DI) pretende interceptar: interferir nas formas da divisão do trabalho, contribuindo para a formação de intelectuais/trabalhadores que façam frente à cisão fazer-saber/pensar-executar e possam operar produzindo saberes e subjetividades singularizadas, tanto no plano de sua práxis

cotidiana nas instituições de Atenção à saúde, quanto no plano da práxis propriamente universitária da reflexão teórica e epistemológica da produção do saber (COSTA-ROSA, 2007).

No DI, podem-se distinguir dois modos de saber que, no entanto, são complementares: um saber no campo da práxis, produzido pelos próprios sujeitos participantes dela, estando aí incluído o próprio intercessor-trabalhador; nesse caso ele bascula entre um trabalhador da práxis como os demais: “um a mais” (visto que ele é também um trabalhador do Estabelecimento), e um trabalhador que visa deliberadamente a função de interceder nos processos gerais do Estabelecimento institucional, a fim de implementar avanços na direção de seus objetivos e no sentido da ética/política visada por eles.

O segundo modo do saber de que trata o DI corresponde ao resultado de uma análise *a posteriori* do processo da intercessão realizada. Este saber é produzido pelo intercessor-trabalhador-“pesquisador”, agora na função específica de pesquisador, ao contrário do saber da práxis que é produzido pelos sujeitos participantes dela e a serviço da solução de seus impasses e de seu próprio desenvolvimento. O conhecimento produzido do lugar de “pesquisador” tem estatuto de segundo em relação ao saber da práxis e visa diretamente subsidiar outros processos de intercessão, isto é, visa instrumentar mais adequadamente outros agentes-intercessores que queiram trabalhar a partir da Ética da APS e do DI em ações de produção de saber na práxis (COSTA-ROSA, 2007; MARTINI, 2010; MIRANDA, 2011; PEREIRA, 2011).

Os dois momentos de produção de conhecimento acima descritos são nomeados como DI, que corresponde ao momento de “intercessão” junto ao estabelecimento institucional, em que se busca contribuir para a construção de saber na práxis, e Dispositivo Intercessor como modo de produção do conhecimento (DImpc), momento marcado pela reflexão acerca do trabalho realizado, que visa interceder na práxis universitária e contribuir para a formação de novos intercessores.

É necessário ressaltar que o saber da práxis é produzido *in loco* e que o momento definido como intercessão não corresponde a qualquer ação de pesquisa no sentido corrente do termo na Ciência. O que constituiu a parte de pesquisa propriamente dita deste trabalho consiste na análise do campo de intercessão com seus processos complexos, ou seja, da experiência do CAPSad, ao longo de doze meses; análise que será ilustrada por fragmentos da intercessão, provenientes da prática da intercessora-trabalhadora, como profissional da psicologia, na Saúde Mental Coletiva.

O que diferencia o lugar ocupado pela intercessora-trabalhadora é o deslocamento operado quanto ao seu posicionamento subjetivo, teórico-técnico e ético, frente ao cotidiano institucional, que é pautado pela ética da APS e pelo compromisso em contribuir para a construção de saberes datados, criativos, fundados na práxis, encarnando a função de um intercessor-encarnado, nos moldes dos “analísadores”¹⁴ construídos no campo da Análise Institucional (AI).

No caso em questão, a práxis correspondeu às práticas e saberes articulados por um discurso que constituem o CAPSad II. O que se buscou, em última análise, foi contribuir para a construção daquilo que deve existir em todo Estabelecimento, em especial no âmbito da Instituição de Saúde Mental: a práxis¹⁵.

Para o trabalho de intercessão foi utilizado um “diário de intercessão”, onde foram anotadas as experiências e vivências no cotidiano institucional, com o objetivo de mapear algumas questões que servissem para ajudar a pensar a práxis e a delinear o posicionamento da intercessora-trabalhadora, orientando o processo de intercessão. No segundo momento, correspondente à discussão epistemológica que nomeamos como DImpc, essas anotações foram retomadas e serviram de “pista” para o retorno à intercessão realizada.

O campo e seus movimentos

No município onde está localizado o CAPSad II, as ações em Saúde Mental tiveram início com a inauguração, em 1969, de um Hospital Psiquiátrico Estadual, criado com a proposta de se tornar o maior serviço dessa natureza na América Latina. Nos primeiros anos do século XXI, seguindo os direcionamentos da Política Nacional de Saúde Mental, a equipe do hospital passou a protagonizar o processo de implantação dos serviços extra-hospitalares que compõem a atual rede de Atenção, na área da Saúde Mental, de trinta municípios. Entre

¹⁴ Analisador institucional: dispositivo natural ou construído que propicia a explicitação dos conflitos institucionais e sua resolução. Trata-se de uma montagem que torna manifestas as forças que constituem a organização. “Um analisador natural é produzido espontaneamente pela própria vida histórico-social, libidinal e natural, como resultado de suas determinações e margem de liberdade” (BAREMBLITT, 1998, p. 152). Tomamos o termo dispositivo como uma ferramenta, como um meio ou um acontecimento que propicia o advento da novidade e da diferença. Ele inclui tanto pulsações instituintes quanto a repetição do instituído, expressando as possibilidades de movimento institucional no Estabelecimento.

¹⁵ Práxis é aqui entendida como a integração fazer-saber/teoria-prática, que traz em si as possibilidades de transformação da realidade social. Há uma “prática” que não alcança o estatuto de práxis, pois se trata de uma “prática” meramente reprodutora das relações sociais hegemônicas de dominação e subordinação, e de exclusão social.

eles estão: um CAPS para atendimento dos sujeitos em grave sofrimento psíquico (CAPS II), uma Oficina Terapêutica na comunidade, Residências Terapêuticas e um CAPSad II (MELLO, 2010).

Essas ações contribuíram para a redução do número de leitos hospitalares, de trezentos e sessenta (360) para cinquenta e cinco (55). Parte deles foi ocupada durante algumas décadas pelos sujeitos dos impasses decorrentes do uso de álcool e outras drogas (SIMÃO; ANDRADE; REZENDE, 1989) na Unidade de Dependência Química (UDQ), enfermaria extinta com a implantação do CAPSad II. Nos últimos anos, este público voltou a ocupar os leitos hospitalares mediante as internações compulsórias.

Em 2008, seguindo as diretrizes políticas da Secretaria de Estado da Saúde (SES), o hospital especializado foi transformado em Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) (MELLO, 2010). O CAIS é o responsável direto junto à SES pelos serviços extra-hospitalares, constituídos em seu processo de reestruturação, e por duas alas de internação que foram mantidas ativas.

A constituição do CAPSad II, assim como aconteceu com os outros serviços extra-hospitalares vinculados ao CAIS, resultou da luta e empenho de atores sociais implicados com a mudança do modelo de Atenção, colocado em curso pela Reforma Psiquiátrica, e sua primeira equipe foi composta pelos profissionais que trabalhavam nas enfermarias do hospital psiquiátrico (MELLO, 2010).

Por ser um serviço vinculado diretamente ao Estado, regionalizado, seu território de atuação compreende trinta municípios que se diferenciam bastante quanto ao porte e à complexidade das redes de Saúde e de Assistência Social disponíveis para atendimento à população. A articulação do CAPS ad II, com o Território é deficitária, havendo uma interação mais frequente com o município sede.

Este Estabelecimento conta com uma equipe multiprofissional, composta por 1 coordenadora, 2 psicólogas, 2 assistentes sociais, 4 médicos, 3 enfermeiras, 9 auxiliares e técnicos de enfermagem, 3 agentes de saúde da área administrativa, 1 auxiliar de serviços, responsável pelas refeições, e 1 auxiliar de serviços gerais, terceirizada, responsável pela limpeza. Os profissionais, em sua maioria contratados em regime de trabalho de seis horas diárias, se revezam entre os turnos da manhã e da tarde e contam com dois espaços coletivos de discussão: as “passagens de plantão”, que acontecem diariamente das 12h30min às 13h30min e as “reuniões de equipe”, que acontecem às sextas-feiras das 08h às 13h, com a participação de quase todos os profissionais.

O atendimento à população é realizado de segunda a quinta-feira das 07h às 18h e às

sextas-feiras das 08h às 17h. Diariamente, são oferecidas oficinas terapêuticas (apenas para os sujeitos dos impasses decorrentes do uso de álcool e outras drogas), grupos e atendimentos individuais (oferecidos também aos familiares). Os grupos são em geral coordenados por dois profissionais de nível superior, ou por um profissional de nível superior e um profissional de nível médio. As oficinas terapêuticas são coordenadas por auxiliares e técnicas de enfermagem, supervisionadas por uma terapeuta ocupacional. Os atendimentos individuais compreendem a consulta de triagem, as consultas médicas, clínicas e psiquiátricas, os atendimentos psicoterápicos e os acolhimentos, que são realizados por profissionais de todas as disciplinas.

A inserção no tratamento pode ser feita por meio da procura espontânea ou através de encaminhamento dos profissionais das redes de Saúde e de Assistência Social dos trinta municípios atendidos. O Projeto Terapêutico Individual (PTI) é pactuado com o sujeito no momento da triagem e nele são estabelecidos o regime de atendimento (intensivo, semi-intensivo, não intensivo) e as atividades em que ele participará. É importante ressaltar que todos os que procuram o CAPS são prontamente acolhidos, ainda que não estejam inseridos no serviço, e mesmo que não desejem se inserir. O mesmo acontece com os familiares.

A princípio, percebeu-se que os PTIs, muitas vezes, constavam nos prontuários apenas como mais uma burocracia a ser cumprida, pois muitos sujeitos ficavam anos a fio realizando a mesma atividade, e com a mesma proposta terapêutica, independente das mudanças que tivessem operado em suas vidas, ou das necessidades que passassem a apresentar. Alguns dos grupos ofertados, caracterizados por práticas pedagógicas acerca das estratégias para permanecer abstinente e dos riscos e danos que a droga pode causar ao organismo, pouco contribuíam para que o sujeito se implicasse em sua questão e pudesse construir respostas mais plásticas e criativas para o seu sofrimento. Os espaços coletivos de discussão, apesar de potencialmente ricos, em muitos momentos se apresentavam burocratizados e pouco produtivos na construção da Atenção, limitados à troca de informações sobre os acontecimentos nos dois turnos de trabalho. As discussões de caso, por sua vez, se restringiam à partilha de dados superficiais acerca da história dos sujeitos atendidos, dificilmente avançando para além dos aspectos comportamentais associados ao uso de drogas.

A trabalhadora (que posteriormente se tornou intercessora construída) iniciou suas atividades nesse Estabelecimento em 2010, após aprovação em concurso público para o cargo de psicóloga. Nesse mesmo período, motivada pelo desejo de enriquecer seu trabalho na Atenção, iniciou também o curso de mestrado em Psicologia, em que foi convidada pelo orientador a operar uma mudança discursiva em sua relação com a Universidade e com a

práxis, participando da construção do conhecimento a partir do DI e, portanto, colocando-se como intercessora em seu campo de trabalho.

Fazendo frente à ciência universalizante, o DI se pauta em uma ética do particular (LOURAU, 1995, 2004). Para operá-la, o intercessor deverá sustentar a inclusão dos sujeitos e suas subjetividades em todo o processo. Para tanto, é necessário abdicar da posição pedagógica e colonizadora de “mestre” (COSTA-ROSA, 2007; MARTINI, 2010; STRINGHETA; COSTA-ROSA, 2007).

Ao inserir-se em determinado campo como intercessor, o que se faz é possibilitar que ali se crie um espaço de produção que seja feita pelos próprios sujeitos [participantes da práxis] incluindo-se o intercessor [encarnado][...] (MARTINI, 2010, p. 37).

Cabe a ele, relacionar-se com o coletivo institucional contribuindo para que o saber necessário ao equacionamento dos problemas cotidianos seja produzido pelos próprios sujeitos. Seu papel é causar fissuras, interrogar os sentidos prévios e contribuir na construção de novos sentidos a partir do singular; ocupar as brechas no saber instituído para, a partir daí, possibilitar que um novo saber seja construído pelos sujeitos da práxis.

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

É importante esclarecer que todos os que se relacionam, que se comunicam, são de alguma forma intercessores (DELEUZE, 1992) e podem contribuir na produção da mudança, do fortalecimento de processos instituintes ou na manutenção do instituído. Assim, no campo, há os intercessores espontâneos, surgidos no encontro em que um agente, consciente ou inconscientemente, produz efeitos em outro agente ou contexto.

No caso em questão, a trabalhadora, sustentando a posição deliberada de interceder nos processos institucionais, colocou-se em campo na posição de “intercessora construída”, consciente de sua potência de interceder, e desejosa de operar a partir de uma ética singularizante. Ao dar vazão ao mal estar institucional, buscou-se impulsionar os trabalhadores a se implicarem na construção de respostas para esse mal-estar, colocando em funcionamento o devir instituinte do grupo (ALTOE, 2005).

É importante esclarecer que no DImpc, momento em que retomamos o diário de intercessão para, num retorno à experiência vivenciada no campo, fazemos a reflexão acerca do trabalho realizado, o objetivo buscado não foi a elaboração de relatórios ou cartilhas para que os trabalhadores pudessem segui-los. Esta proposta se sustenta em outro modo de produzir conhecimento que não se pretende descolado da prática, nem absoluto ou imutável: ao produzir uma reflexão acerca da experiência e do campo da intercessão o que se pretende é ampliar as possibilidades de intercessão e a potencialização de novos intercessores. Nas palavras de Martini

Não se trata, portanto, de um saber *sobre*, mas de um saber *para*. [...] Ao dizermos que a produção do DIMPC trata de um saber *para*, estamos referindo que ele poderá instrumentalizar outros intercessores “*para produzir*” outras intercessões, ou seja, para produzir novos saberes [...]. É para isso que deve servir o conhecimento produzido pelo DIMPC: para que outros trabalhadores possam operar, interceder nas suas realidades (MARTINI, 2010, p.51-52).

Trata-se no DI, da construção de saberes datados que sirvam para os sujeitos da práxis na solução das demandas feitas pelos sujeitos do sofrimento e necessários ao funcionamento institucional. No DImpc este processo é retomado para que a partir da reflexão epistemológica e da produção do conhecimento sobre como foi possível operar no campo, com seus avanços e impossibilidades, possamos contribuir para a formação de outros trabalhadores/intercessores.

Por fim é importante ressaltar que o intercessor não rejeita o conhecimento produzido e acumulado pelas diversas disciplinas. Sua aproximação com esse saber se dá com o objetivo de produzir um diálogo entre ele e as situações vivenciadas na prática com o coletivo de trabalhadores, apontando suas contradições e buscando contribuir para sua superação ou avanço. Realiza-se uma inversão: ao invés da apropriação do saber da práxis pela ciência, o conhecimento produzido pela ciência é utilizado para impulsionar a criação de novos saberes na práxis (MARTINI, 2010).

O lugar que o intercessor ocupa não é o de pesquisador, mas o de alguém que se movimenta entre os lugares de um trabalhador comum, como os outros (“um a mais”), e o de “mais um” similar ao proposto na constituição dos cartéis lacanianos (COSTA-ROSA, 2007). Sendo depositário da suposição de um saber pelo grupo (a ser entendido a partir do conceito de “sujeito-suposto-saber”), o intercessor se recusa a ocupar o lugar daquele que de fato sabe e coloca o grupo a trabalhar (mediante de questionamentos, apontamentos, provocações)

deixando abertas suas possibilidades de divergir, de bifurcar e de produzir saberes singulares (MARTINI, 2010).

Deleuze (1992) aponta uma relação de “ressonância mútua” e de trocas entre a filosofia, a arte e a ciência em razão de sua própria evolução. Podemos também traçar um paralelo, ou melhor, dizer que há ecos e ressonâncias múltiplas entre o intercessor-trabalhador-“pesquisador” e o campo de intercessão e entre este e a Universidade, à medida que, do lugar de intercessor, tanto na Universidade quanto no Estabelecimento de Atenção à saúde, o que se busca é produzir um saber que inclua as diferenças e que não seja colonizador, um saber singularizado, que considere a subjetividade do sujeito trabalhador, do sujeito do sofrimento, do sujeito “pesquisador”. Para tanto, é necessário vencer o anterior conceito de que o saber da práxis é menor ou inferior ao saber da Universidade, ao mesmo tempo em que se deve reconhecer que o saber da Universidade é também, sempre, não todo, e de forma alguma superior ou melhor que o saber construído na práxis.

Quanto ao movimento institucional no estabelecimento, é possível identificar pequenos deslocamentos, sendo que a intercessão apenas contribuiu para fazer movimentar processos já em curso. Uma das brechas identificadas como possibilidade de interceder foi a contradição presente entre o discurso oficial e as práticas efetivadas na relação com os sujeitos do sofrimento psíquico.

No projeto do CAPS-ad, escrito e revisado algumas vezes pelos profissionais, isoladamente ou de forma coletiva, a Redução de Danos (RD), preconizada pelo Ministério da Saúde como uma das referências para o trabalho com os sujeitos dos impasses decorrentes do uso de drogas (BRASIL, 2004), constava como uma estratégia a ser oferecida, mas na prática, essa possibilidade não se realizava de fato, e as ações eram marcadas pela expectativa e pela busca da abstinência. A incongruência entre discurso e prática era flagrante; porém a equipe parecia não ter se dado conta desse distanciamento.

A rotina do CAPS era composta por três tipos de grupos básicos: os Grupos de Apoio, os Grupos de Ação e os Grupos de Manutenção. Os Grupos de Apoio eram oferecidos aos sujeitos que estavam se inserindo no serviço e que ainda faziam uso de algum tipo de droga, e àqueles que, estando em tratamento há algum tempo, eram reconduzidos para esse grupo por terem “recaídas” (entendidas como a retomada do uso após um período de abstinência). Os Grupos de Ação recebiam os sujeitos que já estavam num processo de reorganização da própria vida, que haviam retornado ao trabalho, reestabelecido laços familiares e que haviam interrompido o uso do álcool e outras drogas. Os Grupos de Manutenção, por sua vez, eram oferecidos àqueles que, após um período de abstinência, estavam se preparando para a alta.

Muitos dos indivíduos atendidos permaneciam nos Grupos de Apoio por vários anos, mesmo tendo protagonizado processos significativos de reestruturação de sua relação com o álcool/droga e mudanças em áreas importantes da vida como o trabalho e a família. Eram sujeitos que tinham, individualmente, estabelecido uma forma de RD.

Em discussões com a equipe, identificou-se que a condição para a passagem do primeiro para o segundo grupo era a abstinência total, que deveria ser mantida por um período que variava segundo a avaliação dos coordenadores dos grupos. Essa situação fazia que diversos sujeitos ficassem por anos a fio atrelados ao serviço, participando de uma mesma atividade, reproduzindo um mesmo discurso, e acabava por inviabilizar o processo de alta, uma vez que a abstinência não seria alcançada por não ser um desejo do sujeito do sofrimento, que optava por manter o uso de algum tipo de droga (em geral o álcool ou a maconha).

Costa-Rosa (2000) alerta que a busca da supressão sintomática como a meta maior do tratamento e a desconsideração do sujeito como protagonista do processo de produção de sua saúde-subjetividade, caminha na vertente do Modo Asilar. No Modo Psicossocial, a meta é o

[...] reposicionamento subjetivo do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos desses conflitos [que o atravessam], passe a se reconhecer, por um lado, também como um dos agentes implicados nesse 'sofrimento', por outro, como um agente da possibilidade de mudanças (COSTA-ROSA, 2000, p. 155).

A regra que condicionava a passagem para o segundo grupo à abstinência não considerava a possibilidade de que o sujeito decidisse por reestruturar sua vida lançando mão da estratégia de RD, o que era relativamente comum entre os “usuários” de crack, que optavam, por exemplo, pela manutenção do uso da maconha, mesmo tendo a consciência dos riscos associados ao uso dessa droga.

Se por um lado essa ação destoava do que era preconizado pelo Ministério da Saúde, por outro, ela destoava também do que podemos entender como Ética da APS, que é clara em afirmar o protagonismo do sujeito nas respostas aos impasses de sua vida (COSTA-ROSA, 2011).

Passaram-se a lançar para a equipe, nos espaços coletivos de discussão, questionamentos acerca das regras que normatizavam a passagem de um grupo para outro, pontuando a incongruência identificada entre o discurso e a prática. Após algumas reflexões conjuntas, isso motivou o desejo de estabelecer uma parceria com o Programa DST/AIDS do município para o estudo das estratégias de RD, que não eram muito claras para grande parte dos profissionais.

As discussões nas reuniões de equipe e os momentos de estudo que duraram algumas semanas, culminaram na alteração dessa regra e possibilitaram um novo posicionamento dos trabalhadores frente à decisão dos sujeitos do sofrimento, que passaram a ter a oportunidade de fazer as suas escolhas quanto à RD ou à abstinência, dando ênfase maior ao processo de reorganização de suas vidas, sem que eles tivessem de ficar presos ao serviço e/ou aos grupos, caso sua decisão fosse a redução do consumo ou o uso de uma droga considerada menos nociva.

Sabe-se que este pequeno deslocamento não é suficiente para modificar profundamente as relações estabelecidas no CAPS-ad II, mas foi aberta uma nova possibilidade de posicionamento da equipe frente às próprias expectativas e aos próprios ideais, o que reflete novas formas de poder se posicionar frente às expectativas e escolhas dos sujeitos do sofrimento.

Com a intercessão, não se almejam grandes revoluções. Almeja-se que, a partir das pequenas brechas identificadas no instituído, possa-se contribuir para que se produzam, ao menos, pequenos deslocamentos no saber e no modo de produção¹⁶ daquele coletivo, para que aquilo que está estabelecido como verdade para o grupo, seja colocado na berlinda e possibilite a emergência de novos sentidos e novos saberes, potencialmente singulares.

Ou seja, é preciso que a atitude de interrogação significativa, sobre a práxis, seja instalada no grupo para que possa começar a ser produzido o saber referente ao “não-sabido”; é que a interrogação significativa supõe a consideração de que os ditos e os “feitos” sejam polissêmicos – é na apreensão do retorno enunciativo dessa polissemia, que um saber novo, que se relacione com os aspectos instituintes da Demanda Social, pode começar a ser produzido/apropriado (PEREIRA, 2011, p. 21).

Para Lacan (1992), o que conduz ao saber não é o desejo de saber, mas a postura questionadora, insatisfeita com verdades totalizantes. Assim seu acesso só é possível a partir da subversão do sujeito do conhecimento e da construção de saberes singulares. É a postura questionadora que dá acesso ao não-sabido, ao que escapa e que é recalcado pelo sujeito ou grupo. Essa afirmação se sustenta no fato de que o saber é atrelado à cadeia significativa, e assim, é sempre não todo, está sempre se completando, sem nunca poder completar-se totalmente. Nesse sentido, a ideia imaginária de um saber total, que desconsidera os seus

¹⁶ Costa-Rosa (2011) propõe uma homologia entre os modos do processo de produção mais amplo da sociedade e os modos de produção no campo da Saúde Mental, e defende que – para alcançar outro modo de produção e, portanto, outro efeito produtivo (nos termos da singularização) – devemos operar um drible na forma de produção do MCP que ainda atravessa as práticas na área da Saúde, em especial na Atenção ao sofrimento psíquico.

limites, sua transitoriedade e a subjetividade dos sujeitos envolvidos, estaria a serviço da hegemonia e da dominação.

Fica claro, então, porque a transferência de saberes generalizantes dos intelectuais-acadêmicos para o cotidiano dos serviços pouco pode responder às carências de sentido e de saber oriundas da práxis.

Para a reflexão do segundo fragmento da intercessão é importante que sejam retomados alguns conceitos, tal como formulados pela AI. Segundo Lourau (2004) o instituído e o instituinte se articulam no conceito de instituição, e cada uma dessas instâncias pode nos mostrar, mediante suas contradições, o que se sustenta de forma camuflada na outra. Por instituído podemos nomear os valores, as normas, a ordem e a organização estabelecidos como “normais”, e por instituinte podemos nomear aquilo que se apresenta como contestação, que traz em si a capacidade de produzir inovações, pulsações criativas e revolucionárias.

Para além das formas mais ou menos fixas ou cristalizadas com que o estabelecimento institucional se apresenta, há um processo permanente de institucionalização que guarda em si o intempestivo mobilizador dos movimentos criativos e singulares, e é nestas frestas do instituído, identificando e dando vazão às pulsações instituintes, que o intercessor-encarnado encontra o seu lugar e constrói o seu percurso.

Reunidos para mais uma das reuniões de equipe de sexta-feira, a burocratização e a improdutividade destes encontros foi enunciada como um mal-estar por alguns profissionais que passaram a questionar a necessidade da manutenção desse espaço. A queixa era de que havia uma sensação de que na sexta-feira “não se trabalhava no CAPS”.

Na oportunidade, a intercessora-encarnada, sinalizou que talvez o grupo precisasse entender a razão dessa sensação de improdutividade, e todos foram estimulados a falar. A falta de objetivos claros, as discussões sem encaminhamentos concretos e com operatividade, a repetição constante dos mesmos assuntos sem definição de alternativas, a dificuldade em escutar o outro sem interromper sua fala e a desorganização dos horários foram apontados como os principais incômodos.

A intercessora pontuou, então, que esse era um problema que dizia respeito a todos, e que, se quisessem alterá-lo, seria necessário pensar e construir juntos uma solução ou alternativa. Após algumas discussões, a equipe optou pela definição de um cronograma para estas reuniões, no qual haveria um horário para estudo, um para discussão de casos, um para o cafezinho, e um para os informes e assuntos administrativos. Por algumas semanas e respondendo à iniciativa de alguns profissionais, o cronograma foi seguido com êxito.

Para a primeira reunião foi decidida coletivamente a discussão de caso de um sujeito

para o qual a equipe não conseguia dar alta, apesar de haver indícios de que esta poderia ser uma ação terapêutica importante. É necessário recordar que a manutenção dos sujeitos nos estabelecimentos de tratamento por um período superior à sua necessidade, ou desatrelada de um sentido terapêutico, é uma das características do modelo manicomial que, inclusive, gerou uma multidão de (as)sujeitados (BARROS; BICHAFF, 2008).

Foi solicitado então que a intercessora-trabalhadora fizesse a apresentação do primeiro caso, já que o sujeito frequentava um grupo mensal que ela coordenava. Avaliando que esta poderia ser uma boa oportunidade para propor novos questionamentos e explicitar impasses que já se anunciavam na equipe, a solicitação foi aceita. Para a apresentação foi feito um levantamento histórico da trajetória dele no CAPSad, por meio dos dados que constavam em prontuário. Durante a discussão ficou claro que muitas das informações anotadas, algumas significativas para a compreensão do caso e definição do projeto terapêutico, não eram de conhecimento dos profissionais, tornando-se o prontuário um mero instrumento burocrático que, apesar de ser rico em informações, acabava tendo pouca utilidade.

Na discussão, identificaram-se mudanças e reconstruções importantes na vida desse sujeito ao longo dos quase seis anos em que esteve em tratamento no CAPSad, e foi possível identificar também um processo de estagnação e aprisionamento ao serviço. As questões que o haviam levado ao CAPSad II tinham, nesse meio tempo, sido substituídas por outras (impasses do envelhecimento, inexistência de atividades de lazer, de amizades), para as quais alguns dispositivos do município (atrelados ou não à área da Saúde) poderiam ter propostas mais interessantes que o próprio CAPSad. Avaliou-se que seria importante trabalhar a desvinculação deste sujeito do CAPS e sua inserção em atividades voltadas para o implemento da qualidade de vida no espaço do Território e na Atenção Básica.

Alguns profissionais lembraram que a equipe havia pensado algumas vezes na indicação de alta e que havia muita dificuldade em efetivar essa decisão porque “o paciente era resistente a deixar o serviço”.

Apesar dos questionamentos acerca da possibilidade de alta desse e de outros sujeitos já existirem no Estabelecimento institucional, era flagrante a dificuldade de articulá-los numa atitude terapêutica que resultasse na efetivação da alta. Sabemos que o trabalho sob transferência envolve investimento libidinal de todos os participantes da “relação terapêutica” e que a ação dos trabalhadores, representantes da instituição, alvo da suposição de saber pelo sujeito do sofrimento, tem efeitos decisivos quanto ao “produto” do trabalho terapêutico. Neste caso específico, parece que a identificação dos trabalhadores com a posição de parceiros “cuidadores-mestres-supridores”, efeito comum das ações fundadas nas éticas

disciplinares (BENELLI, 2012; COSTA-ROSA, 2011), está na raiz da dificuldade de efetivação da alta.

A ética da APS exige que o trabalhador se desloque do lugar de “cuidador-mestre-supridor” e se coloque como intercessor, um coadjuvante do processo de produção da subjetividade, favorecendo o engajamento do sujeito na construção do sentido capaz de alterar sua relação com o sofrimento e com o sintoma e, ao mesmo tempo, contribuindo para que ele construa “outros modos de posicionamento nas relações sociais, que se encontravam dificultados ou mesmo impossibilitados” (COSTA-ROSA, 2011, p. 127).

Produziu-se, então, um momento em que a equipe pôde de forma coletiva refletir e, e em certa medida, ressignificar a ideia de que o CAPS era necessário na vida do sujeito e que, portanto, não seria possível “privá-lo desse cuidado”.

No campo havia um movimento no qual foi possível que a intercessão se processasse, contribuindo para que o coletivo avançasse, estabelecendo novas ações neste caso, e se reorganizando quanto à possibilidade da alta de outros sujeitos (muitas vezes pensada como impossível). Algum tempo depois, um profissional da equipe de administração observou que nos meses seguintes o número de altas havia aumentado consideravelmente.

Desta experiência podemos depreender algo essencial do DI. Ao inserir-se em determinado coletivo institucional, cabe ao intercessor relacionar-se com ele contribuindo para que o saber necessário ao equacionamento dos problemas cotidianos seja produzido pelos próprios sujeitos-trabalhadores. É importante destacar ainda que, em se tratando de intercessores-trabalhadores, é do lugar de trabalhadores da práxis que se deslocarão, de modo intermitente, para a posição de intercessores-encarnados.

Nas reuniões seguintes, outros profissionais assumiram a responsabilidade de apresentação dos casos e dos textos escolhidos para leitura, e as reuniões transcorreram bem próximas do programado. No entanto, após esse período, a pactuação quanto à estruturação da reunião não foi mantida, deixando ver que, apesar do incômodo coletivo, a equipe não conseguia sustentar a possibilidade de mudança, se entregando à repetição daquilo que incomodava: reincidência do instituído.

Como a reorganização das reuniões havia sido uma construção coletiva, também era coletivamente que ela deveria ser mantida. Alguns meses se passaram e novamente o incômodo se avolumou e voltou a fazer parte das discussões nas “passagens de plantão” e nas “reuniões de equipe”. Em uma dessas ocasiões, após alguns profissionais fazerem suas queixas sobre o assunto, a intercessora retomou a pactuação feita anteriormente e sugeriu a discussão dos motivos que impediram sua continuidade. Entre eles foi apontado o fato de que

a equipe não conseguiria se organizar, se não houvesse um “responsável” pela organização das reuniões, alguém que fizesse com que os demais cumprissem o combinado, exigindo a presença de todos no horário pactuado e cobrando a realização das atividades programadas, como a preparação dos casos e dos textos para discussão. Essa situação parece ser indicativa de uma adaptação à forma verticalizada das relações interprofissionais (COSTA-ROSA, 2000), em que um ente, pretensamente detentor de qualidades, saberes ou atributos superiores ao restante do grupo, assume a função e organiza “pelo” grupo. Freud (1996) descreveu tal tendência como típica do grupo-massa. A dificuldade de responsabilização conjunta pelo processo de trabalho pode ser compreendida também como um dos efeitos da incidência do MCP nas práticas em Saúde. No entanto, naquele momento, não havia abertura para o aprofundamento dessa discussão com o grupo e as reuniões gradativamente voltaram ao seu formato original.

Se o intercessor deve contribuir para que os movimentos e forças em jogo na instituição ganhem expressão, e para que o próprio campo passe a produzir os efeitos necessários à solução de seus impasses, é fundamental também que ele não force um movimento para o qual ainda não haja uma abertura e não precipite uma situação, o que poderia inviabilizar o processo de intercessão e favorecer a emergência de barreiras a qualquer possibilidade de construção coletiva de mudança. É preciso identificar e tentar “andar” num ritmo que seja o do grupo/coletivo de trabalhadores.

Assim como os prisioneiros do sofisma lacaniano¹⁷, os trabalhadores tiveram a oportunidade de, a partir de uma análise lógica da situação, avançar para fora do aprisionamento vivenciado na repetição da situação incômoda. No entanto, diferente dos prisioneiros, após esse passo, vacilaram e retrocederam em seu momento de concluir.

Em coerência com a ética dos intercessores, as negociações no sentido dos avanços ou recuos, fazem-se no coletivo. A forma e a velocidade com que isso se processará, dependerão das possibilidades de avanço ou dos desejos de recuo do próprio estabelecimento

¹⁷ Em seu texto “O tempo Lógico e a asserção de certeza antecipada: um novo sofisma”, Lacan (1998) apresenta um problema de lógica que se desenrola da seguinte maneira: o diretor de um presídio chama em sua presença três detentos e lhes propõe uma prova que daria a liberdade àquele que a concluísse acertadamente e em primeiro lugar. Em posse de cinco discos, três brancos e dois pretos, sem deixar que os detentos tomem conhecimento de sua escolha, prende nas costas de cada um, um disco, fora do alcance do olhar. Sem que possa dizer aos outros o que está vendo, cada um passa a inspecionar o disco preso às costas dos demais, e seus movimentos, com a tarefa de deduzir, por meio da lógica, a cor do próprio disco. Tendo concluído, o detendo deveria transpor a porta e, em seguida, apresentar seus motivos para a ação. Sem nos alongarmos, podemos dizer apenas que os três cruzaram a porta juntos, apresentando, portanto, uma resposta baseada em raciocínio semelhante. É importante assinalar, ainda, que a resposta só pode ser construída por um trabalho compartilhado/coletivo, uma vez que sem levar em conta os movimentos dos parceiros não seria possível considerar seus possíveis raciocínios lógicos, elemento fundamental para a construção da resposta/ação de cada um.

institucional, das forças (instituinte/instituído) em luta no campo. Qualquer mudança que porventura aconteça, na perspectiva dos intercessores, nunca é atribuível a “um” sujeito isolado. Se essa atribuição acontecer, o intercessor já terá se deslocado do seu lugar de intercessor-encarnado, e sua ação poderá ser mais bem compreendida como uma intervenção¹⁸ e não como intercessão (MARTINI, 2010).

Considerações finais

A construção do conhecimento a partir do DI, em especial quando operada por um trabalhador da Atenção, pode possibilitar que este se desloque do lugar de alguém que recorre à Universidade como *lócus* do saber, para o lugar de um sujeito intercessor que tem a possibilidade de abrir campos de discussão e contribuir para o enriquecimento da práxis, não a partir da Universidade, mas a partir do cotidiano do trabalho na instituição. Nesse momento, o saber da Universidade é tomado como um ponto de partida, mais um meio, entre outros, para implementar as possibilidades de produção do saber da/na práxis.

As ações de intercessão realizadas parecem ter contribuído para que a equipe se colocasse alguns questionamentos, possibilitando pequenos deslocamentos em aspectos da relação com os sujeitos do sofrimento e de normas tidas como naturais. É claro que esses pequenos deslocamentos dizem respeito ao que foi produzido no recorte de tempo considerado para a escrita deste ensaio, e que outros poderão – e do ponto de vista ético deverão – acontecer, já que a intercessão continua para além de tal recorte temporal.

As reflexões sobre a estratégia de Redução de Danos e do itinerário dos sujeitos atendidos pelo CAPSad, por exemplo, abriram brechas para discussões acerca da autodeterminação dos sujeitos e da maior adequação das propostas de tratamento. Essas discussões são ainda bastante superficiais e se contrapõem a posicionamentos que se fundamentam num ideal de saúde e de melhora que considera apenas a relação uso-não uso de drogas (cativo do princípio doença-cura, originário da medicina como disciplina). Aos poucos, no entanto, começa a ser colocado no horizonte o olhar para o sujeito dos impasses decorrentes do uso de álcool e outras drogas como um sujeito de desejo para o qual o uso de

¹⁸ Segundo Martini (2010) a intervenção se caracterizaria pela ação de um agente “sobre” um determinado campo, tomado como objeto, o que é contrário à ética do DI, que insiste na necessidade de inclusão dos sujeitos da práxis como produtores do saber necessário ao equacionamento das questões vivenciadas no cotidiano.

drogas tem um sentido particular alicerçado em sua história e em suas vivências subjetivas, e que, portanto, deve ser implicado de forma decisiva em seu processo de tratamento.

Como assinalado anteriormente, o papel do intercessor é ir identificando as brechas, os movimentos do grupo e se utilizando deles para dar visibilidade às contradições e forças em jogo no Estabelecimento institucional; portanto ele só opera utilizando-se dos intercessores já presentes no campo, procurando implementá-los ou ampliar sua ressonância. (MARTINI, 2010). Assim não se almejam “grandes revoluções”, ao menos não em princípio, mas mudanças micropolíticas nos modos de produção da Atenção.

É importante dizer que o posicionamento como intercessor(a) está sujeito às vicissitudes dos encontros, às aberturas ou restrições que o contexto apresentar, e à possibilidade do intercessor de se sustentar neste lugar. Dessa forma, a inserção da intercessora-trabalhadora não foi linear ao longo do percurso, e, apenas em alguns momentos, foi possível que ela se colocasse como intercessora junto a esse grupo.

Outra consideração importante é que a análise apresentada neste ensaio abordou o plano do funcionamento do CAPSad como dispositivo de produção da Atenção. Não foi nossa pretensão fazer uma análise do plano do trabalho terapêutico propriamente dito, junto aos sujeitos do sofrimento. Sabemos, no entanto, que a forma como se organizam os modos de produção da Atenção têm incidência direta na produção de subjetividade (COSTA-ROSA, 2000, 2011). Assim, operar a partir do DI, pode contribuir para avanços importantes em direção à construção da APS.

Por fim, as ações de intercessão relatadas não têm a pretensão de ensinar como fazer a produção do saber necessário ao equacionamento dos impasses que se apresentam nos Estabelecimentos da Atenção ao sofrimento psíquico. Objetivou-se apenas apresentar uma experiência, e falar da forma como foi possível, neste caso singular, experienciar a construção do saber/conhecimento operando com o Dispositivo Intercessor no plano da práxis institucional de um conjunto de trabalhadores. Ou seja, contrapondo-se à apresentação do “como fazer”, normatizador e universalizante, temos apenas um “como foi feito” (LOURAU, 1993) assentado numa prática datada, sujeita às contingências desse campo específico.

Referências

ALTOÉ, Sonia. Sobre o termo instituição e as práticas institucionais. In: LIMA, Marcia Mello de; ALTOÉ, Sonia. *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 72-86.

BAREMBLITT, Gregório. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Record, 1998.

BARROS, Sonia; BICHAFF, Regina (Orgs.). *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo: FUNDAP - Secretaria da Saúde, 2008.

BENELLI, Silvio José. *A ética como parâmetro analítico das práticas institucionais de atenção psicológica na Assistência Social*. Assis: Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2012. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

COSTA-ROSA, Abílio. *Intercorrências e análises sobre o processo de produção saúde-doença-Atenção no campo psíquico num território municipal*. Assis: UNESP, 2007. Mimeografado.

COSTA-ROSA, Abílio. *Operadores fundamentais da Atenção Psicossocial: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. 2011. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

FREUD, Sigmund. *Psicologia de grupo e análise do ego*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 74-136.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

LACAN, Jacques. O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. *Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 197-213.

LOURAU, René. *René Lourau na UERJ - 1993 - Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro:UERJ, 1993.

LOURAU, René. *Análise institucional*. Petrópolis: Vozes, 1995.

LOURAU, René. O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, Sonia (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 47-65.

LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.15, n.1, p.17-26, 2010.

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

MELLO, Marly Tieghi. *Construção de indicadores para avaliação de desempenho da qualidade do cuidado dos CAPS: a experiência do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”*. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, São Paulo, 2010.

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

PEREIRA, Erica Cristina. *Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. 2011. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: Instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4579-4589, 2011.

SIMÃO, Maria Odete; ANDRARE, Arthur Guerra; REZENDE, Celi Bernardes. Avaliação do Programa de atendimento a alcoolistas no Hospital Prof. Cantídio de Moura Campos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.11, n.4, p. 133-140. 1989.

STRINGHETA, Luciana Von Ha; COSTA-ROSA, Abílio da. O grupo intercessor: saber e conhecimento da práxis “psi” na Atenção Básica em saúde. In: CONSTANTINO, Elizabeth Piemonte (Org.) *Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia*. São Paulo: Arte & Ciência, 2007. p. 145-161.

ENSAIO 3

***Onde está o conhecimento? Uma reflexão
acerca do Dispositivo Intercessor como modo
de produção do conhecimento***

Introdução

O presente ensaio é resultado da problematização do lugar ocupado pelo trabalhador e pelo pesquisador nos processos de produção do conhecimento, na práxis geral da Atenção e na práxis da Universidade. Teve início com um processo de intercessão realizado pela intercessora-trabalhadora-pesquisadora, psicóloga de um Centro de Atenção Psicossocial que atende os sujeitos dos impasses decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPSad II) e mestrandia de uma Universidade pública do interior do Estado de São Paulo. Este texto se configura como um desfecho da experiência vivenciada. É o momento em que debruçamos sobre o trabalho produzido para problematizarmos nossa relação com a Universidade e com a produção do conhecimento. Para contextualizar sua construção, é preciso retomar alguns elementos que o motivaram, incluindo a trajetória da intercessora-trabalhadora-pesquisadora que, por coerência epistemológica, é assumida como constitutiva do processo de produção do conhecimento: tendo optado por um curso na área de humanas, a psicologia, a intercessora-trabalhadora-pesquisadora iniciou seu percurso no campo da Saúde Mental por meio dos estágios curriculares da graduação, realizados em um Ambulatório de Saúde Mental e em um Centro de Atenção Psicossocial que atendia p sujeitos em grave sofrimento psíquico (CAPS II). Como profissional, concluiu um curso de Aprimoramento em Saúde Mental e Saúde Pública e trabalhou em diferentes estabelecimentos, entre eles, um Hospital Psiquiátrico, uma Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica e, finalmente, um CAPSad II. Após oito anos de trabalho no campo da Saúde Mental, no entanto, a sensação de estagnação do saber em sua relação com a prática na Atenção a motivou a iniciar o curso de mestrado. Dentre as ofertas disponíveis, a possibilidade de “fazer pesquisa” na Universidade parecia ser a mais eficaz para obter o saber que faltava. O primeiro projeto, enviado como parte do processo de seleção, propunha um estudo sobre a medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Básica, nível de cuidado no qual havia trabalhado recentemente, por meio de uma pesquisa com características quantitativas e qualitativas. No entanto, após a aprovação no processo de seleção, as discussões com o orientador reconfiguraram esta proposta. Interceptando a transferência de saber (LACAN, 1998) que estava sendo feita à Universidade e à realização de uma pesquisa “sobre” o uso de psicofármacos na Atenção Básica, ou seja, um trabalho comum de pesquisador junto a um contexto a ser investigado, o orientador propôs a produção do conhecimento a partir do Dispositivo Intercessor (DI). A proposta era que a trabalhadora iniciasse um processo no qual empreenderia uma formação

[...] 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 em ação a concepção do que são os ‘técnicos’ e interferindo na primeira forma da divisão técnica, parcelada, do trabalho, manifesta em ‘fazer versus pensar/saber’) (COSTA-ROSA, 2007).

Apenas num segundo momento, a experiência vivenciada na intercessão serviria para uma reflexão dirigida à Universidade e à instrumentalização/formação de outros intercessores. Neste momento, em que o DI se desdobra no Dispositivo Intercessor como modo de produção do conhecimento (DImpc), o que se faz é produzir um saber sobre como se deu o processo de produção do saber na práxis. Ou seja, é um saber sobre os modos de interceder, e que pode se constituir em um guia para a ação de outros intercessores (COSTA-ROSA, 2007). Há, então, um saber inerente à prática que precisa ser reapropriado pelos sujeitos que dela participam e um saber do intercessor acerca da sua forma de operar no campo para que ele se movimente (STRINGHETA; COSTA-ROSA, 2007).

Podemos designar a intercessão, ao nível da instituição, como o processo colocado em curso por um agente posicionado como intercessor num campo onde seu papel será o de contribuir para o fortalecimento dos processos instituintes, por meio de uma postura que impulse a atitude criativa e questionadora, tendo como ferramenta o DI, sistematizado por Costa-Rosa (2007) a partir das contribuições advindas da Psicanálise do campo de Freud e Lacan, do Materialismo Histórico de Marx, da Análise Institucional de Lourau e Lapassade e do conceito de intercessores da Filosofia de Deleuze. Portanto, trata-se de uma postura que se distancia claramente daquela ocupada pelo pesquisador comum na pesquisa clássica.

Por meio do DI, questiona-se a divisão social do trabalho no Modo Capitalista de Produção (MCP), que tem efeitos diretos na formação acadêmica e na produção do conhecimento, expressos na cisão entre os que fazem e os que sabem, e busca-se promover uma reaproximação entre saber e prática que incida nas práticas da Atenção e que tenha ressonâncias também no campo da Universidade (COSTA-ROSA, 2007; MARTINI, 2010; MIRANDA 2011; PEREIRA, 2011).

Neste ponto, é necessário esclarecer que o lugar ocupado pelo intercessor não é estático, e que a operacionalização do DI/ DImpc deve possibilitar que os agentes se desloquem e circulem nos diferentes planos da produção do conhecimento, que na divisão do trabalho instituída no MCP são ocupados apenas, ou quase exclusivamente, pelos especialistas em produção do conhecimento: os intelectuais, na Universidade. Portanto, os agentes-

intercessores podem operar como trabalhadores-intercessores (identificados nos intercessores espontâneos do campo, na condição de “um a mais”), como intercessores-trabalhadores (que assumem a função de intercessores planejados/construídos - “mais um”) e como intercessores-pesquisadores (quando se trata de interceder diretamente na “práxis da universidade”).

Foi neste movimento, ocupando os diferentes planos, que se construiu a experiência que fundamentou a construção deste ensaio, e estas primeiras teorizações já sinalizam a alternatividade do DI frente aos modos de produção do conhecimento que se fundam no laço social Discurso Universitário (DU) e que reproduzem a cisão entre saber e fazer, decorrente da divisão do trabalho no MCP.

É importante sinalizar que o desejo de produzir um saber que respondesse às inquietações resultantes da prática de trabalhadora na Saúde Mental Coletiva (e que levou a trabalhadora-intercessora novamente à Universidade), pode ser lido como uma variante do laço social Discurso da Histórica (DH). No entanto, a proposta de produzir um saber “sobre” o uso de psicofármacos na Atenção Básica, aponta para a aposta na produção do saber dentro do laço social DU.

Sobre o discurso como laço social, podemos dizer que há nele uma estrutura necessária que ultrapassa a palavra e que se mantém como organizadora das relações, marcando os lugares e as formas de ação dos agentes. Segundo Lacan,

[...] mediante o instrumento da linguagem, instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo bem mais amplo, que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas. Não há necessidade destas para que nossa conduta, nossos atos, eventualmente, se inscrevam no âmbito de certos enunciados primordiais (LACAN, 1992, p.11).

As quatro estruturas de discurso, sistematizadas por ele, são derivadas da forma como se organizam os elementos fundamentais que as constituem, o que resulta em diferentes formas de operar na relação com o saber: Discurso do Mestre (DM), Discurso da Universidade (DU), Discurso da Histórica (DH) e Discurso do Analista (DA). O DM sustenta saberes universalizantes, que recusam a subjetividade do autor ou do sujeito/grupo a quem esse saber se dirige. Ele opera com significantes mestres em sua relação com o saber que já está articulado e, portanto, tem função silenciadora do sujeito. O DU se dedica a “recolher e transmitir o saber, compreendido como informação organizada, capitalizada cumulativa” (CLAVREUL, 1983, p. 171), constituindo obstáculo a todo saber que não se enquadre nestes moldes. Ele toma o outro como objeto para produzir um saber “sobre” ele, e trabalha pela

construção e manutenção do saber-sabido, enciclopédico, na constituição de uma tirania do saber científico. O DH é o que escapa ao saber constituído, que se apresenta ao saber universalizante, do mestre, para interpelá-lo com questionamentos. Ele visa produzir saber. Por último, o DA, coloca o saber de mestre em suspenso para fazer emergir o saber de sujeito, saber singular, por excelência. Ele é, portanto, subjetivante (CLAVREUL, 1983; LACAN, 1992).

Quinet (2009), dá-nos alguns exemplos, que adjectiva como caricaturais, mas que são bastante esclarecedores da forma como operam os discursos:

[...] Quando o médico manda e o paciente obedece (até na prescrição de um remédio), estamos no discurso do mestre; quando o médico ensina ou convence o paciente do que a psiquiatria tem a dizer sobre seu caso, ele se encontra no discurso da universidade; quando o médico cala e, ocupando o lugar de objeto causa de desejo em transferência, faz o paciente segregar aquilo que ele mesmo nem sabia que sabia, vemos a emergência do discurso do analista. E, quando o médico se vê impulsionado a se deter, a estudar e a escrever para produzir um saber provocado pelo caso do paciente, estamos no discurso histérico (QUINET, 2009, p. 19)

Para operar a partir da ética do DI, o intercessor-trabalhador-pesquisador deverá estar situado ao menos no Discurso da Histeria ou no Discurso do Analista, condição indispensável para que haja a possibilidade de instaurar no campo processos de produção de saberes singulares, que façam frente à reprodução dos saberes colonizadores (SANTOS, 2009) bancários (FREIRE, 2011), de mestre (LACAN, 1992).

Considerações sobre a produção do conhecimento na atualidade e sobre o Dispositivo Intercessor como modo de produção do conhecimento

A produção do conhecimento na forma mais comum que encontramos na Universidade, se alicerça numa supremacia do saber do pesquisador sobre o objeto pesquisado e, por consequência, reforça a ideia de uma supremacia da Universidade na produção de saber em relação aos contextos onde se produz a Atenção ao sofrimento psíquico. Segundo Martini (2010, p. 82), os trabalhadores “devem atentar para a posição que, de maneira geral, ocupam de reprodutores dos conhecimentos criados e acumulados em situações que são potencialmente diferentes daquelas vividas em sua realidade”. Neste caso, o interlocutor na

práxis da Atenção pode se tornar um receptor de saberes-complemento, um mero “hospedeiro” do conhecimento (FREIRE, 1983), numa relação com o saber que recebe as marcas do laço social DU.

Boaventura de Souza Santos, ao discutir a transição paradigmática em curso na Ciência, aponta que o conhecimento científico da modernidade é marcado pelas amarras do positivismo e por uma forma totalitária de produção do saber, que não reconhece como válidos os saberes produzidos fora de seus domínios ou de seus princípios metodológicos e epistemológicos. Por se pretender universalizante, aposta na construção de verdades que, construídas dentro de certos “parâmetros de cientificidade”, possam ser generalizadas e sirvam para todos os públicos, de forma que o conhecimento produzido possa ser reproduzido em contextos distintos, sem maiores pudores. Afirma que, nesta fase de transição, fazem-se necessários questionamentos acerca do papel que o conhecimento científico acumulado tem no “enriquecimento ou no empobrecimento de nossas vidas” (SANTOS, 1988, p. 47). O autor pondera, ainda, que a transição paradigmática é “epistemológica e societal”, e que o paradigma emergente não pode ser apenas científico, ele deve ser também social: “Formas alternativas de conhecimento geram práticas sociais alternativas e vice-versa” (SANTOS, 2009, p.344).

As discussões em torno do pensamento da Complexidade (MORIM, 2006; SANTOS, 2009), vêm contribuindo para que, nas práticas de produção de conhecimento, ainda primordialmente centradas na Universidade, e nas práticas de produção da Saúde, travem-se questionamentos acerca do reducionismo presente na fragmentação do campo do saber e das práticas em especialismos e para que seja problematizado o distanciamento operado entre saber e fazer decorrente da divisão do trabalho no MCP (COSTA-ROSA, 2007).

Podemos definir o modo de produção como uma composição específica resultante da integração de práticas e de estruturas que formam uma unidade dialética, sob a influência de três instâncias: a econômica, a ideológica e a jurídico-política, sendo que uma dessas instâncias se torna dominante sobre as demais e a configuração da inter-relação entre as instâncias é o que vai diferenciar um modo de produção de outro. A instância dominante pode ser chamada também de determinante. Porém, é importante ressaltar que as três instâncias mantêm uma relação dialética e de sobre-determinação e que o papel dominante pode ser intercambiado. Assim, ainda que um modo de produção tenha como dominante a estrutura econômica, ele sofrerá as influências, será “sobre-determinado” pelas relações que se estabelecem nos outros dois níveis. À medida que mudam os modos de produção, se alteram as formas da divisão do trabalho e as relações de produção (FIORAVANTE, 1978), o que

incidirá diretamente na possibilidade dos trabalhadores se apropriarem daquilo que produzem, e do saber acerca daquilo que produzem.

O MCP é o que organiza as relações de produção, de forma hegemônica, na atualidade e podemos verificar seus efeitos também na esfera da produção do conhecimento. Costa-Rosa (2007), afirma que a divisão social do trabalho no MCP e a cisão entre saber e fazer é atualizada na Universidade mediante a produção de intelectuais, produtores do conhecimento, para a Universidade, e de técnicos/trabalhadores, reprodutores de saberes e técnicas colocadas à disposição pelos primeiros, para a prática da Atenção. A cisão entre os que sabem e os que fazem é reafirmada, também, na forma de produção de conhecimento a que geralmente se tem acesso nos cursos de mestrado e doutorado. Mesmo nas pesquisas qualitativas, onde o esforço em desfazer a cisão sujeito/objeto e a neutralidade do pesquisador frente ao contexto pesquisado é, em geral, bastante presente, o que se faz é produzir um saber “sobre”, ou seja, um saber do especialista sobre o objeto, no caso, os estabelecimentos da Atenção e suas práticas. A primeira proposta da intercessora-pesquisadora, quando de sua aprovação no curso de mestrado, adequava-se a estes moldes.

No entanto, para que seja possível a construção de saberes emancipatórios (SANTOS, 2009), que tenham como meta a prática da liberdade (FREIRE, 2011) e que permitam repensar o pensamento (MORIN, 2003), é necessário que as formas de produção e transmissão do conhecimento, disponíveis na Universidade, sejam questionadas, e que sejam fortalecidas as iniciativas que apostam na potencialização da capacidade dos sujeitos de lidarem com os problemas e impasses que vivenciam, transformando-os em enigmas, cujas soluções não sejam buscadas apenas nos saberes já constituídos e disponíveis nas bibliotecas, ou em vias de serem realizados pelos “intelectuais” na Universidade, mas na possibilidade da produção singular pelos próprios sujeitos.

Sabe-se que muitos trabalhadores se lançam em buscas intermináveis por títulos e certificados, utilizando-se dos cursos disponibilizados pelas Universidades e Institutos de Educação disponíveis por todo o país, inclusive em meio eletrônico. Porém, no cotidiano da Atenção, é visível a dificuldade de articular o conhecimento atestado nos currículos com uma atitude transformadora das práticas realizadas.

A dicotomização e, em alguns casos mais graves, a cisão entre fazer e saber contribui para a formação de trabalhadores que não pensam, e atuam como hospedeiros do conhecimento (FREIRE, 1983) produzido pelos intelectuais/acadêmicos, e conduz, também, à formação de intelectuais que não tendo experienciado o fazer na práxis da Atenção, só podem

mesmo produzir o conhecimento descolado de uma prática que o sustente, consolidando um saber de especialista (COSTA-ROSA, 2007).

Essa relação de supremacia e, portanto, de dominação do saber da Universidade quanto ao saber da práxis, contribui para a reprodução das relações sociais da produção da alienação (COSTA-ROSA, 2011), à medida que os trabalhadores, ainda que se aventurem a participar dos cursos de atualização, capacitação e mesmo mestrado ou doutorado oferecidos pela Universidade, são mantidos no lugar de receptores de saberes e reprodutores de técnicas que, em geral, não contribuem de fato para a retomada da capacidade crítica da práxis.

O Dispositivo Intercessor como modo de produção do conhecimento, se coloca neste campo como alternativo ao modelo positivista, e propõe um salto para fora do DU, subvertendo a cisão entre saber e fazer, e rompendo com as categorias de sujeito e objeto, tão caras à ciência moderna (COSTA-ROSA, 2007; MARTINI; 2010; SANTOS, 2009).

Santos (2009, p. 82) pondera que a distinção entre sujeito e objeto, característica marcante da produção científica da modernidade é “feita de cumplicidades não reconhecidas” e não passa de uma ilusão. Trata-se de uma formalização que, pretensamente, estabelece o controle do primeiro sobre o segundo, firmando uma soberania do sujeito/pesquisador sobre o objeto estudado. Essa cisão é o terreno fértil sobre a qual se alastra o saber colonizador, fundado na ignorância da ressonância entre os dois entes, e na “incapacidade de estabelecer relação com o outro a não ser transformando-o em objeto” (idem, p.83).

No DI/DImpc, a proposta não é apenas produzir “mudanças” na relação sujeito-objeto, mas superar essa cisão e abolir a noção de sujeito de pesquisa, tomado como objeto sobre o qual se produziria o conhecimento. No momento “um” do DI, ou seja, o da intercessão na práxis da Atenção, todos os trabalhadores são considerados sujeitos protagonistas da produção do saber e das transformações necessárias à solução das questões que surgem no campo. É colocada em curso a construção de saberes “para” e não “sobre”: na intercessão na práxis da Atenção, são realizadas ações “com” os sujeitos da práxis, que visam contribuir na produção de um saber, que inclua o não-sabido, e que sirva “para” aquele coletivo. Ao inserir-se em determinado contexto, o intercessor deve contribuir para dar passagem, dar voz ao que já está em curso no Estabelecimento institucional, ele deve fazer operar posições intercessoras planejadas/construídas (COSTA-ROSA, 2007; MARTINI, 2010; MIRANDA 2011; PEREIRA, 2011), fazendo frente à paralisação característica da busca da construção de um saber “sobre” (DELEUZE, 1992).

No momento “dois”, do DImpc, a vivência da práxis é retomada para um diálogo crítico com os modos dominantes de produção do saber, e para subsidiar a produção do

conhecimento que contribua para instrumentalizar outros sujeitos (trabalhadores, acadêmicos, pesquisadores) em novos processos de intercessão. Assim, o conhecimento produzido conjuntamente no campo de intercessão tem uma consistência e um estatuto distintos daquele produzido no segundo momento, do DImpc. O primeiro deve servir à práxis da Atenção; o segundo deve servir para a intercessão no campo da produção do conhecimento, e não poderá ser tomado como um complemento do saber da práxis. Podemos afirmar, então, que o que se faz no DImpc é também uma intercessão mas, agora, no campo da Universidade (COSTA-ROSA, 2007; MARTINI, 2010; MIRANDA, 2011; PEREIRA, 2011).

Convém elucidar que é na interlocução com o “saber-sabido”, produzindo o saber nos moldes do que a psicanálise do campo de Freud e Lacan nomeia como “*ignorância douda*”, que a intercessão na Universidade e a instrumentação de outros intercessores opera. Podemos pensar a *ignorância douda* como uma tática que exige o compromisso inarredável com a produção do saber singular: “[...] é um convite não apenas à prudência, mas também à humildade, um convite a se precaver contra o que seria a posição de um saber absoluto [...]” (QUINET, 1993, p. 31). É, portanto, uma forma de neutralizar o saber colonizador, de “mestre” (STRINGHETA; COSTA-ROSA, 2007).

Não se trata, portanto, de um estado de negação do conhecimento prévio; trata-se de dar a ele seu devido lugar: fonte na qual se busca elementos para operar, produzindo saberes singulares (COSTA-ROSA, 2007; MARTINI, 2010; MIRANDA, 2011; PEREIRA, 2011), construindo novas possibilidades emancipatórias (SANTOS, 2009).

Quanto a este segundo momento, da intercessão na Universidade, podemos dizer que ele incide: 1) produzindo conhecimento, de forma alternativa, e por uma espécie de infiltração, nas brechas abertas no modo de produção dominante, ou seja, utilizando-se de um modo de produção que rompe com o DU e com a cisão saber-fazer; 2) intercedendo a partir de seus efeitos, portanto, da formação de produtores de conhecimento que operem na lógica da intercessão-pesquisa; 3) produzindo efeitos-demonstração, que sirvam para instrumentalizar outros intercessores.

Para que intercessão realizada na práxis da Atenção possa ser utilizada como matéria prima da produção do saber de estatuto propriamente epistemológico, o diário do campo da intercessão, utilizado num primeiro momento para ajudar a pensar a práxis e a delinear o posicionamento do intercessor, poderá ser retomado pelo intercessor, agora na posição específica de “pesquisador”. É importante esclarecer que no diário deve ser anotado apenas o material que sirva para a reflexão acerca do campo e de seus movimentos, e que possibilite

qualificar a intercessão já que, nesta proposta metodológica, ação e reflexão andam juntas: o Dispositivo Intercessor “é feito em ato” (MARTINI, 2010). Assim,

[...] os dados contidos [no diário de intercessão] não podem ser usados por um terceiro, mas servem para o intercessor recuperar na memória sua experiência vivida. Neste sentido o diário de campo não tem a função de ser um instrumento de pesquisa, sua função é ser um instrumento de intercessão. Apenas secundariamente serve à produção de conhecimento (MIRANDA, 2011, p. 37).

Ao retomar suas anotações, o intercessor deve ter clareza de que a experiência vivenciada na práxis não deve ser “coformada” ao conhecimento prévio, ela deve ser “confrontada”, com o intuito de abrir campos de discussão. Neste sentido, a produção do DImpc deve funcionar de forma correlata ao “saber da extensão”, tal como formulado pela psicanálise, contribuindo para a ampliação do corpus teórico que dá sustentação às ações de intercessão (MARTINI, 2010).

Outro esclarecimento necessário é que o intercessor não precisa estar ligado a uma Instituição de Ensino ou a uma pesquisa científica para que possa se colocar no campo. Aliás, no caso daqueles que estão apenas na Universidade, para operar a partir do DI eles terão que se colocar na práxis, inicialmente, como “um a mais”, ou seja, terão que ir lá e trabalhar junto para, então, se deslocarem, para o lugar de intercessores-encarnados¹⁹. Podemos dizer então, que

[...] o DI e o DIMPC sintonizam com a tripla função da Universidade: assistência, ensino e pesquisa, e são capazes de propor uma articulação complexa dessa tripla função, colocando a Universidade no patamar mais alto de sua responsabilidade social, e permitindo que ela se (re)conecte para valer com aspectos fundamentais da Demanda Social – recalcados - que lhe deram origem: os interesses socialmente subordinados no Processo de Estratégia de Hegemonia [...] (COSTA-ROSA, 2007, p. 17-18)

Fodra et al. (2007) em artigo onde discute o método dialético como modalidade de pesquisa qualitativa em Saúde Mental, discorre sobre o DI e enfatiza que ele deriva da indissociabilidade entre visão de mundo, método de produção do conhecimento e práxis, tal

¹⁹ Utilizamos o termo “intercessores-encarnados” em referência aos agentes da intercessão e ao fato de que os trabalhadores encarnam a função intercessora de modo planejado, para além de possíveis e previstas ações intercessoras como “1 a mais”. Portanto, o intercessor-encarnado é o agente que assume a sustentação de posições intercessoras de modo planejado.

com proposto pela dialética, o que supõe que o conhecimento produzido em seus domínios opere no desenvolvimento da própria práxis.

É o que se busca fazer quando o intercessor, já na função específica de intercessor-pesquisador, retoma a experiência vivenciada na práxis geral da Atenção para produzir um saber sobre como é possível operar contribuindo para que o coletivo avance na produção do saber necessário ao equacionamento dos seus impasses. Nesta produção, “[...] o intercessor relata e analisa tanto os êxitos como os insucessos da intercessão, já que não pretende possuir ou apresentar uma verdade verificada a partir da manipulação de dados coletados no campo” (MIRANDA, 2011, p.36).

Parece claro que a produção de conhecimento colocada em curso pelo DI/DImpc, e que sustentou a construção deste trabalho, é sempre datada, singular, e não-toda, ou seja, sabedora de seus limites. Como Lacan, pensamos que é duvidosa a “[...] ideia de que o saber possa constituir de algum modo, ou em algum momento, mesmo que seja de esperança no futuro, uma totalidade fechada [...]” (LACAN, 1992, p. 31).

Considerações finais

Alguns autores têm defendido a necessidade de romper a supremacia hierárquica do conhecimento científico em seus moldes tracionais para que, então, saber e prática possam se reconciliar (COSTA-ROSA, 2007; FREIRE, 2011; MORIN, 2003; SANTOS, 2009)

O DI/DImpc é uma ferramenta para a inserção na práxis e para a produção de conhecimento buscando superar a característica fundamental da divisão social do trabalho entre os que sabem e os que fazem. O uso dessa ferramenta objetiva, em última instância, contribuir para que os sujeitos inseridos nos “serviços” retomem sua condição de produtores do saber necessário à solução dos impasses da Atenção, ampliando ou superando os saberes já constituídos e se desloquem da posição de receptores/reprodutores de saberes e técnicas. Por outro lado, visa problematizar a produção do conhecimento na Universidade, afirmando a possibilidade instituinte de que esta se dê fora do Discurso Universitário (COSTA-ROSA, 2007; MARTINI, 2010; MIRANDA, 2011; PEREIRA, 2011).

Ao propor um giro na posição ocupada pelos trabalhadores frente aos contextos de trabalho e frente à Universidade, o DI/DImpc cria condições para que se possa recuperar a dimensão subjetiva dos trabalhadores, usuários e pesquisadores em sua relação com o saber e

também com a própria dimensão de práxis do trabalho. Ao se referenciar no DU o que se encontra são os saberes universalizantes, ao referenciar-se no DI, trabalha-se pela construção de saberes singulares. Neste ponto, é importante esclarecer que o intercessor não é um tipo de profissional, ou um “intelectual profissional”, ou mesmo um especialista; é um posicionamento teórico-técnico e ético-político que se contrapõe à lógica da divisão do trabalho no MCP e à produção do conhecimento no laço social DU (COSTA-ROSA, 2007).

Vale ressaltar, ainda, que o sucesso da intercessão não está na realização de grandes revoluções, mas na possibilidade de abrir campos de discussão e de ação, dando passagem às pulsações instituintes e de contribuir para o questionamento daquilo que está estabelecido como verdade dogmática, possibilitando a emergência de novos saberes e novos sentidos nas práticas empreendidas na Atenção ou na Universidade.

O DI/DImpc é uma aposta na possibilidade de avançar para além dos especialismos e das disciplinas, alcançando uma condição em que teoria e prática caminhem unidas e onde a técnica inclua a *poiesis*, a criatividade e a arte, no sentido da transdisciplinaridade (COSTA-ROSA, 2011).

Introduzir os trabalhadores-intercessores no “ofício” de produtores de teoria – uma teoria que, no plano epistemológico, não se separa/cinde da prática – é forma direta (em ato) de problematizar os processos de produção do saber comuns do DU e, portanto, de interceder na Universidade. Certamente não é a única forma.

Referências

CLAVREUL, Jean. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA-ROSA, Abílio. *Intercessões e análises sobre o processo de produção saúde-adocimento-Atenção no campo psíquico num território municipal*. Assis: UNESP, 2007. Mimeografado.

COSTA-ROSA, Abílio. *Operadores fundamentais da Atenção Psicossocial: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. 2011. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

FIORAVANTE, Eduardo. Modo de produção, formação social e processo de trabalho: In: GEBRAN, Philomena (Coord.). *Conceito de modo de produção*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. p. 31-45.

FODRA, Rosita Emília Pereira, et al. Metodologia de pesquisa qualitativa em saúde mental: a abordagem dialética. In: CONSTANTINO, Elizabeth Piemonte (Org.). *Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia*. São Paulo: Arte & Ciência, 2007. p. 79-101.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 13: ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

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

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

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

MORIN, Edgar. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

PEREIRA, Erica Cristina. *Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. 2011. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

QUINET, Antônio. *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1993.

QUINET, Antônio. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.2, n.2, p. 46-71, 1988.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

STRINGHETA, Luciana Von Ha; COSTA-ROSA, Abílio da. O grupo intercessor: saber e conhecimento da práxis “psi” na Atenção Básica em saúde. In: CONSTANTINO, Elizabeth Piemonte (Org.) *Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia*. São Paulo: Arte & Ciência, 2007. p. 145-161.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro ensaio apresentado neste trabalho mostrou que a Reforma Psiquiátrica brasileira avançou bastante nas últimas décadas, e somou conquistas importantes na área legislativa e normativa, assim como no campo da Atenção ao sofrimento psíquico, onde houve uma ampliação considerável (em variedade e em número) dos dispositivos que compõem a rede do Território. Nos primeiros anos do século 21, os impasses decorrentes do uso de álcool e outras drogas passaram a fazer parte dos debates da área de Saúde Mental, resultando na constituição de políticas públicas específicas voltadas aos sujeitos atravessados por estes impasses. Contrapondo-se a esses avanços, recentemente houve um fortalecimento do ideal de “guerra às drogas”, resultando em estratégias dirigidas aos sujeitos do sofrimento que desconsideram sua subjetividade bem como as implicações sociais, ideológicas, econômicas e políticas em jogo, o que parece evidenciar a reincidência do instituído, neste caso, o PPHM e suas práticas.

A construção da APS exige que os trabalhadores possam operar a partir de uma ética singularizante, onde o sujeito do sofrimento deixe de ser alvo de práticas curativas que desconsideram sua subjetividade, para se tornar o protagonista do processo de produção de sua saúde, indissociável da produção do saber que responda aos impasses que o levaram a demandar ajuda nos estabelecimentos que compõem a rede de Atenção. Assim, a construção dos CAPS e demais dispositivos substitutivos é um passo importante e essencial, no entanto, não é suficiente para que se construa a Atenção segundo a lógica que interessa à APS.

Vale ressaltar que a forma da relação dos trabalhadores com o campo do saber incide diretamente nas ofertas colocadas à disposição dos sujeitos do sofrimento. Identificados ao lugar de reprodutores do saber e aplicadores de técnicas, como podem os trabalhadores acompanhar os sujeitos do sofrimento na construção dos saberes singulares demandados para a solução de seus impasses? Sabemos que não é possível produzir subjetividade singularizada operando a partir de um saber de mestria. Por essa razão, entendemos que se faz necessária a formação de intercessores, que possam operar no campo da Atenção ao sofrimento psíquico, contribuindo para a ampliação das práticas na APS.

A proposta com a qual estruturamos este trabalho, e que foi apresentada no ensaio II é uma aposta na possibilidade de que, no cotidiano dos serviços, os trabalhadores possam

operar mudanças nos laços discursivos, (re)apropriando-se da capacidade de produzir saber, e promovendo uma (re)conexão entre teoria e prática/ saber e fazer que se contraponha à divisão social do trabalho no MCP.

Ao operar tendo como ferramenta o DI, buscou-se contribuir para que fosse reinstaurada no campo uma atitude pensante, orientada para a análise dos problemas e a elaboração de soluções aos impasses vivenciados. Onde havia certezas, buscou-se instaurar a dúvida, necessária a toda atividade crítica e criativa.

É possível identificar pequenos deslocamentos no cotidiano institucional do CAPSad, que inclusive são passíveis de recuperação pelo instituído. No entanto, como afirmado no ensaio II, a intercessão não almeja, a princípio, grandes revoluções: seu objetivo é interferir nas brechas do instituído, contribuindo para que haja uma reaproximação entre saber e prática e para que o devir instituinte do grupo seja colocado em funcionamento, fazendo resistência à inércia característica do instituído e promovendo rupturas nos modos de produção da Atenção.

Destaca-se também os efeitos no contexto da Universidade à medida que, por meio do DI, possibilitou-se a formação de intercessores, o que se deu em ação, na práxis e, num segundo momento, viabilizou-se que a experiência vivenciada fosse retomada e resultasse na produção de conhecimento, de estatuto epistemológico, o DImpc, onde se buscou elucidar como se deu a produção do saber na práxis, ou seja, como se deu o próprio processo de intercessão, objetivando instrumentalizar outros intercessores.

Ressalta-se que essa é a meta motriz do DI: formar intercessores para a práxis geral da Atenção e para a produção do conhecimento, que não estejam situados na perspectiva da divisão social do trabalho entre fazer e pensar, que o MCP imprime às práticas.

O projeto de pesquisa, inicialmente apresentado ao programa de pós-graduação, se enquadrava nos moldes tradicionais da pesquisa acadêmica, propondo a produção de conhecimento “sobre” um objeto. A aproximação com o DI, reconfigurou essa proposta, o que gerou as condições necessárias para que o trabalho no campo tivesse como meta a potencialização da capacidade daquele coletivo de transformar seus impasses em questões e de produzir o saber singular demandado para a sua solução.

Por fim ressalta-se que a percepção da importância dos intercessores na construção da APS justifica a manutenção do reposicionamento teórico-técnico e ético-político mobilizado pelo DI: encerram-se as atividades oficiais do mestrado, mas não a intercessão.