

RENER BUSSO DE MARTINI

O DISPOSITIVO INTERCESSOR COMO MEIO DE SUPERAÇÃO
DIALÉTICA DA MEDICALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

ASSIS
2010

RENER BUSSO DE MARTINI

O DISPOSITIVO INTERCESSOR COMO MEIO DE SUPERAÇÃO
DIALÉTICA DA MEDICALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada à Faculdade de
Ciências e Letras de Assis – UNESP –
Universidade Estadual Paulista para a
obtenção do título de Mestre em
Psicologia

Orientador: Abílio da Costa-Rosa

ASSIS
2010

M339d MARTINI, Rener Busso de.
O dispositivo intercessor como meio de superação dialética da medicalização da saúde mental. / Rener Busso de Martini. Assis – SP: [s.n.], 2010.
95 p.
Orientador: Abílio da Costa Rosa
Dissertação (mestrado): Universidade Estadual Paulista.
1. Atenção Psicossocial. 2. Medicalização. 3. Intercessores.
I. Costa Rosa, Abílio. II. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Letras. III. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais e à minha irmã que me apoiaram desde o início deste trabalho, a compreensão, os esforços realizados e os sofrimentos compartilhados.

Meu agradecimento à Milena, companheira incansável nas horas dos maiores medos, angústias, desafios e superações e, principalmente, por entender que faltava “só mais um pouquinho”.

Ao Prof. Abílio que dividiu seu conhecimento e com quem pude aprender que, para além da teoria, é preciso que tenhamos uma causa na qual possamos acreditar e que nos faça mover.

Aos Profs. Magda Dimenstein e Silvio Yasui, não só pela disponibilidade de colaborar com este trabalho e pela valiosa contribuição que puderam dar através de seus apontamentos e questões, como também pelo apoio dado desde os primeiros contatos, o meu muito obrigado!

Agradeço ainda aos amigos que me incentivaram e me apoiaram na elaboração deste trabalho. Foram fundamentais os cafés, músicas, cigarros, conversas de bar e saber que posso contar com vocês sempre (mesmo quando a situação não é tão desesperadora...).

A toda a equipe do CAPS, meu agradecimento por terem me aceitado como mais um de vocês. É impossível dizer o quanto pude aprender com vocês e quão importantes foram as amizades construídas. Agradeço ainda a todos os usuários do CAPS com os quais pude estabelecer uma relação indescritível e extremamente valorosa.

A todos vocês, meu mais sincero obrigado!

RESUMO

Este trabalho é resultado de um processo de intercessão realizado numa instituição de Saúde Mental localizada numa cidade do interior do estado de SP. A partir dessa experiência, procuramos delinear um jogo de forças presente no campo que nos permite pensar a instituição de Saúde Mental como reprodutora da divisão fundamental do trabalho entre intelectuais e braçais típica do Modo Capitalista de Produção. Como reflexo da organização da instituição, essa separação se reproduz ainda na relação estabelecida entre os trabalhadores e os sujeitos que demandam cuidados. Apontamos ainda que a medicalização, compreendida como efeito da referida divisão do trabalho e de um laço social estabelecido através do Discurso do Mestre, tem se caracterizado como meio de produção de saúde (entendida dentro do princípio doença-cura). Como possibilidade de superação dialética da medicalização, enfatizamos o uso do dispositivo intercessor com seus pressupostos teóricos derivados do Materialismo Histórico, da Psicanálise e da Análise Institucional. Pautado por esses princípios, o dispositivo intercessor se distingue do modo tradicional (positivista) de pesquisa. Trata-se muito mais de produzir um saber que sirva para produzir uma mudança na realidade do que um saber *sobre* ela. Na mesma lógica, o dispositivo intercessor como meio de produção de conhecimento deve se remeter prioritariamente à experiência vivida na práxis como elemento de confronto entre as particularidades desta e o “saber sabido”. Portanto, antes de uma produção de conhecimento atribuída a um especialista ou pesquisador, o método intercessor deve operar a partir da própria práxis. É a partir de uma articulação entre um relato de experiência como intercessor e a teoria que pretendemos produzir novos conhecimentos que sirvam para instrumentalizar outros que se pretendam intercessores em suas práticas.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial; medicalização; intercessores

ABSTRACT

This assignment is a result of a intercession accomplished in a Mental Health Institution located in a countryside city, São Paulo state. From this experience, we tried to trace a major game on the field which allows us to think about Mental Health Institution like basis division of labor duplicator between intellectuals and manual labor typical of Capitalist Mode of Production. As a reflection of institution organization, these separations duplicate still the established relation between worker and subject who demand attention. We still point that medicalization, comprehended like the effect of the referred labor division and of a social bond established through the Master Discourse, have stamped itself as health production means (understood in the disease-cure principle). As a possibility of dialectically overcoming of medicalization, we emphatic the use of intercessors with their theoretician bases originating of Historical Materialism, Psychoanalysis and Institutional Analysis. Based by theses principles, the intercessor differs from the traditional research mode (positivism). It's much more about produce a knowing that may produce a reality change than a knowledge *about* it. Thinking on this way, intercessors as knowledge production mean must mainly relate to living experience on praxis as component of comparison between its peculiarities and the "increased knowledge". Therefore, instead of a knowledge production by an expert or by a researcher, intercessors must operate from the praxis itself. It's from an articulation between an experience report as the intercessor and theory we intend develop new knowledge which could be used to make other people, who has the pretension to be intercessors in their praxis, capable to be one.

Keywords: Psychosocial Attention; medicalization; intercessors.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
1.1 Da medicalização como meio de produção	09
1.1.1 Análise Estrutural	10
1.1.2 Análise Conjuntural	18
1.2 Contextualização histórica e estrutural do nosso local de intercessão	22
2 OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo geral	29
2.2 Objetivos específicos	29
3 METODOLOGIA	30
3.1 O dispositivo intercessor	30
3.2 O dispositivo intercessor como meio de produção de conhecimento (dimpc).	50
4 RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA COMO INTERCESSOR	55
5 REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA ou A APLICAÇÃO DO DIMPC	64
6 QUESTÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	93

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca estabelecer um diálogo entre algumas experiências vivenciadas no campo da Atenção Psicossocial através do dispositivo intercessor e a teoria que fundamenta as práticas neste campo visando com esta produção teórica instrumentalizar outros ou novos intercessores e apontar no sentido da superação das referidas práticas.

Delinearemos alguns movimentos presentes no campo, destacando, a partir de nossa entrada como intercessores, as forças às quais pudemos dar visibilidade e afirmação – posto que já coexistiam dialeticamente. Estarão em análise o assujeitamento subjetivo conseqüente a um modo característico de exercício dos saberes/poderes das ciências da Saúde, as brechas que surgem na instituição de Saúde Mental e os movimentos intercessores na tentativa de romper com o referido assujeitamento visando, na esfera da produção de Atenção, à inclusão do sujeito (do desejo), à superação do Discurso Médico como dominante e do uso de medicamentos como um *a priori*.

Pensando a instituição de Saúde Mental a partir de sua definição como um conjunto de saberes e práticas articuladas por um discurso (COSTA-ROSA, 2006), destacamos dentre eles o saber médico, entendido como Discurso Médico, cujas práticas se atualizam naquilo que estamos chamando de medicalização. Este termo será melhor conceituado adiante, mas, por ora, interessa dizer que se refere à apropriação médica dos processos e impasses subjetivos como objetos de intervenção visando à adequação dos sujeitos a um ideal de saúde – compreendida dentro do princípio doença-cura – por meio da reprodução automática de saberes instituídos e pretensamente universais.

A partir de uma entrada como intercessor no campo da Atenção Psicossocial foi possível desenvolver uma “pesquisa” que não se limita aos moldes clássicos universitários. Visamos, com ela, produzir, num primeiro momento, mudanças na realidade “pesquisada” e, em seguida, elaborar um saber sobre como o saber na práxis cotidiana pôde ser produzido, ou seja, apontamos o dispositivo intercessor como um meio de produção de conhecimento.

Isso quer dizer que propomos dois momentos de ruptura: o primeiro, ao dizer que o conhecimento não precisa ser feito *desde fora e sobre* determinada realidade, mas que pode ser produzido *pelos* ou *com* os sujeitos que dela participam; e o segundo, ao dizer à universidade que o conhecimento produzido dentro de suas paredes, se desconectado da realidade a que se propõe conhecer, pode servir de pouco para ela. É claro que com isso não nos referimos à universidade em si, mas à forma de organização do laço discursivo Universitário. O que pretendemos mostrar é que o conhecimento da universidade deve derivar de uma experiência prática e versar sobre quais os operadores que puderam instrumentalizá-la de modo que outros intercessores possam também com eles operar e ainda superá-los. Esta seria uma das finalidades éticas desta “pesquisa”.

Antes de mais nada, é preciso apontar uma diferença entre conhecimento e saber. Conhecimento remete à concepção de um guia para a ação, de algo que se dá na esfera do enunciado e que, portanto, sempre será “a completar”. Já o saber refere-se a uma posição estrutural que sempre comporta o não-sabido.

Como se verá mais adiante, o uso do dispositivo intercessor busca superar, naquela conjuntura na qual se insere, a divisão do trabalho característica do Modo Capitalista de Produção (MCP) que se expressaria, dentre outros modos: 1- na dimensão da práxis cotidiana pela divisão entre aqueles que pensam, decidem como operar e prescrevem práticas (geralmente associados às figuras dos universitários) e aqueles que executam (os trabalhadores), ou seja, entre os intelectuais e os braçais ou entre os que têm o saber e aqueles que lhe são subjugados; 2- na Universidade pela cisão entre os formados para a produção intelectual (pesquisadores tradicionais) e aqueles que se destinariam ao mercado (técnicos). É preciso dizer que não se trata de uma proposta de superação do MCP, mas de operar uma mudança discursiva, uma mudança de posição subjetiva tanto dos trabalhadores como da clientela atendida pela instituição que culminaria numa forma de relação diferente daquela característica do MCP.

Após caracterizar a medicalização como tecnologia disponível para a atualização do Discurso Médico bem como os meios dos quais lançamos mão para

operar enquanto intercessores no campo, procuramos apontar como o Modo Psicossocial pode ser alternativo àquele no qual a medicalização se forja.

Apesar de sabermos que a estratégia Psicossocial deve transcender os CAPS enquanto dispositivos isolados de tratamento, a escolha de um destes Centros como local para realizar a intercessão justifica-se pela compreensão de que, a partir da Reforma Psiquiátrica, são eles os principais equipamentos enquanto referência para o tratamento de sujeitos da forclusão e do recalçamento com impasses mais graves.

Desta forma, ao relatarmos nossa experiência como intercessores, procuramos fazer um recorte das situações vividas a fim de destacar como pudemos afirmar as singularidades tal como proposto pela ética da Atenção Psicossocial. Os meios de realizar esta afirmação devem ser norteados pelos seguintes parâmetros: composição de equipes interprofissionais; passagem da compreensão dos usuários do serviço de “objetos de intervenção” a Sujeitos produtores de sua saúde-subjetividade; mudança para e afirmação de formas de organização institucional que se relacionem com sua “clientela” de modo não hierarquizado; afirmação e potencialização das práticas da reforma psiquiátrica.

Portanto, podemos dizer que o trabalho que segue busca evidenciar como o dispositivo intercessor, assentado em seus panos de fundo teórico-técnicos, pode servir de uma das ferramentas para promover a superação do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador pelo Paradigma Psicossocial.

1.1 Da medicalização como meio de produção

Pretendemos aqui, a partir da reflexão sobre alguns dados históricos e sobre os modos de produção na contemporaneidade, mostrar que a medicalização pode ser pensada como um dos meios utilizados no processo de produção de saúde e, inseparável dela, de subjetividade.

Logicamente não se trata de uma concepção sanitária da saúde na qual o Sujeito estaria incluído, nem tal como preconizada pela Lei 8080/90, ou seja, como determinada e condicionada por fatores como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens

e serviços essenciais. Trata-se de uma produção de saúde entendida dentro do princípio doença-cura, ou seja, como ausência de doença ou conflitos, ideal propagado pela ideologia dominante que parece derivar de interesses econômicos. Igualmente, a subjetividade que se produz através da medicalização é despojada de sua dimensão pulsante, criativa, sendo, portanto, assepsiada, sujeitada, estancada.

Diferentemente disso, o que pretendemos com o dispositivo intercessor é propiciar, dentre outras coisas, um processo de produção de saúde que compreenda a possibilidade de os sujeitos criarem novas formas de responder às exigências do Real ou, mais diretamente, da vida. Assim, para ser mais correto, é preciso pensar um processo de produção de saúde que possa inclusive comportar o “adoecimento” como expressão da saúde-subjetividade.

De acordo com Costa-Rosa (2006), a instituição de Saúde Mental pode ser pensada de maneira análoga a qualquer instituição no que se refere ao modo de produção dominante a partir do advento do capitalismo. Assim compreendida, é preciso dizer que são partes desta instituição diversos meios de produção, dentre os quais destacamos os trabalhadores (por já não serem mais os proprietários dos meios de produção) organizados através de suas especialidades (organização taylorista), as técnicas (psicoterapias, medicamentos, oficinas), o mobiliário, o arquitetônico... Neste trabalho, daremos especial atenção a dois desses aspectos: trataremos sobre a relação entre duas especialidades em particular, quais sejam, a psiquiatria e a psicologia e sobre as tecnologias utilizadas por elas.

1.1.1 Análise estrutural

De acordo com Costa-Rosa (2006), toda instituição tem como uma de suas características (negativa por oposição dialética à positividade do discurso) a reprodução das relações sociais dominantes (na contemporaneidade, o MCP)¹. Vejamos como, a

¹ No caso das instituições de Saúde Mental encontramos as seguintes funções: 1- positiva: remoção ou eliminação de sofrimento e sintomas, proteção dos indivíduos e da sociedade dos efeitos do sofrimento psíquico e promoção de reintegração social; 2- negativa: produção de mais-valia a partir da utilização de produtos de outras instituições como as químico-farmacêuticas; 3- negativa: reprodução das relações sociais dominantes, ou seja, relações de domínio e submissão; 4- negativa: decorrente das pulsações que constituem a instituição, a contraposição às relações sociais estabelecidas, ou seja, produção de subjetividade singularizada. (COSTA-ROSA, 2006)

partir de Marx, o autor caracteriza as formas de produção capitalistas e demonstra uma analogia entre os modos de produção geral e os modos de produção no campo da Atenção ao sofrimento psíquico (COSTA-ROSA, 2010).

Antes do desenvolvimento do capitalismo, os trabalhadores eram proprietários das formas de trabalho e produziam o suficiente para manter os indivíduos e os grupos. Além dessa produção para o consumo, era produzido um excedente. Observe-se que nas formações pré-capitalistas as relações sociais de produção não se separavam das forças produtivas materiais, isto é, havia uma unidade entre o planejamento e a execução. Nesse modo de produção pré-capitalista, tudo o que era produzido, inclusive o excedente que era trocado, servia apenas para o uso/consumo.

Com as transformações ocorridas nos modos de produção ao longo da história, chegamos ao Modo Capitalista de Produção no qual percebemos de imediato “uma separação entre as forças de trabalho e os demais meios de produção [...] Em resumo, o trabalhador ainda é o dono da força de trabalho, mas já não é proprietário dos outros meios de produção” (COSTA-ROSA, 2006). Há, portanto, uma divisão entre o trabalhador intelectual e o braçal. Na linha de produção capitalista, o operário produz, mas não domina a técnica da produção. Ele sabe apertar determinado botão, bater o prego no lugar certo, oferecer certo tipo de cuidado, mas não tem a compreensão do produto final.

Outra característica do MCP é a existência de uma dimensão de produção para além do valor de uso e de troca que é o excedente, chamado por Marx de mais-valia. A mais-valia é a diferença para mais entre o valor de uso e o valor de troca. Diferentemente do modo pré-capitalista, no MCP este valor não é apropriado nem trocado pelos sujeitos que o produziram, senão capitalizado em favor dos proprietários dos meios de produção. Nessa conjuntura, as transformações realizadas pelos trabalhadores tanto nos seus “objetos” quanto nos meios de trabalho utilizados por eles (que também são, em si, meios de trabalho) são escoadas como propriedade para o capitalista, para o dono dos meios de produção.

Se fizermos uma análise da instituição de Saúde Mental como inserida no MCP, temos que considerar que o acesso da maioria da população aos serviços de saúde só ocorre através de instituições públicas. “A instituição de Saúde Mental é,

portanto, um intermediário necessário entre os trabalhadores de Saúde Mental e seus usuários” (COSTA-ROSA, 2006). Assim, o Estado representa, para efeito da analogia que estamos apontando, o proprietário dos meios de produção da saúde. Como desdobramento disso, temos que as forças que determinam a organização das instituições de saúde se organizem a partir do Processo de Estratégia de Hegemonia.

Além disso, a instituição de Saúde Mental pode ser entendida como intermediária necessária (não-contingente) entre os trabalhadores, os demais atores sociais e sua clientela; é a ela que, nesse contexto, se atribui a propriedade os meios pelos quais se pode produzir saúde. O Estado como representante dos interesses sociais dominantes corresponde ao proprietário dos meios de produção no MCP para quem escoar a produção da mais-valia.

Se a instituição representa os valores sociais dominantes, podemos dizer que, no estrato histórico em que nos situamos, os trabalhadores podem ser entendidos como meios de produção nos quais a divisão fundamental do MCP se caracteriza pela reprodução que eles fazem de um saber advindo da ciência moderna, da universidade. Temos, portanto, que, tanto no que se refere ao “produto final” quanto no que tange à produção de meios de produção, o que é produzido não serve ao produtor.

Igualmente, se entendermos que a instituição de Saúde Mental nesse momento “é uma espécie de ‘precipitado’ de outras instituições em que se destaca fundamentalmente a instituição da psiquiatria como um de seus modeladores” (COSTA-ROSA, 2000, p. 148), entenderemos como se forja o processo da medicalização: apropriação pela medicina daquilo que pode não ser classicamente médico e adaptação do social a um ideal de saúde assepsiado de conflitos e sintomas por meio da medicalização.

Vemos, nesse caso, a compreensão de um processo que se resume aos termos doença-cura. É preciso especificar que não nos referimos a qualquer psiquiatria, mas sim àquela que priva do Sujeito a possibilidade de vivenciar os impasses como constitutivos de sua subjetividade e que, para isso, produz seu assujeitamento ao Discurso Médico.

Em decorrência da organização da instituição a partir do MCP e de sua caracterização ditada fundamentalmente pelo Discurso Médico, podemos dizer que

qualquer recurso terapêutico, qualquer prática aí desenvolvida será permeada por esses processos. A instituição reproduz as relações sociais dominantes. Além disso, a produção não é mais, como no modo pré-capitalista, organizada pelas necessidades individuais e coletivas, mas visa à produção de um excedente cada vez maior que possa ser capturado pelo “capitalista” ou, especificamente no caso de uma instituição pública, pelos interesses sociais dominantes no campo, representados basicamente pela indústria farmacêutica.

E como é que a instituição se organiza para produzir saúde? Através dos meios que ela tem disponível. Dentre eles, destacamos os trabalhadores da instituição que, estando inseridos no MCP, se dividem entre as funções da produção. Trata-se de um exercício mecânico e fragmentado das funções. Além destes recursos, os medicamentos também são usados como *a priori*.

O capital transformou o trabalho em força de trabalho, eliminou as habilidades humanas, descartou-as do trabalhador mesmo. A habilidade do trabalhador foi transformada em hábito, é a via da maquinaria. (CODO, 1995, p. 38).

Essas funções se organizam ainda de acordo com o modo taylorista de produção, ou seja, baseadas numa forma de conhecimento fragmentado, dividido entre os especialistas. No caso da produção da saúde mental, os psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, etc. se organizam para oferecer medicamentos e quaisquer outras atividades codificadas como terapêuticas nas quais, de maneira geral, não se considera o Sujeito como principal produtor nem o sofrimento como sua forma de representação, buscando-se logo apreendê-lo e eliminá-lo.

Essa forma de organização caracteriza o que Codo (1995) define como alienação: um distanciamento cada vez maior entre aquele que produz e o que é produzido.

Conforme estamos apontando, os trabalhadores da instituição de Saúde Mental, se estiverem organizados de acordo com o MCP, apenas reproduzirão mecanicamente o saber ditado pelo Discurso Médico que, por sua vez, se pretende incontestado. Além disso, o Sujeito está igualmente alienado da produção de si. “Eis o reinado da alienação: o produto se separa do produtor...” (CODO, 1995, p. 94). Na

instituição de saúde mental, devemos pensar esse resultado de separação próprio da alienação pelo menos em duas esferas: trabalhadores desconectados dos meios de produção de que se utilizam e sujeitos do sofrimento excluídos do processo de produção de sua própria saúde e subjetividade.

Um passo adiante na nossa análise da instituição de Saúde Mental como congruente ao MCP: justamente por estar moldada conforme esse Modo, haverá um produto final, um valor de uso (ausência de sintomas, de comportamentos indesejados, saúde equiparada à ausência de doença), bem como uma produção de mais-valia. Esta será imediatamente capitalizada pela indústria químico-farmacêutica.

Os medicamentos são, portanto, uma tecnologia moderna utilizada na produção da Saúde Mental. Essa tecnologia torna supérfluo o uso do mobiliário e do arquitetônico arcaico conhecido como Hospital Psiquiátrico (COSTA-ROSA, 2010).

Nesse processo, cria-se um ideal de saúde cujos meios de produção estão alienados do sujeito do sofrimento e identificados aos trabalhadores da instituição ou aos medicamentos, passando os sujeitos, portanto, a depender deles para a produção de si. Como já dissemos, é à instituição de Saúde Mental que, nesse contexto, se atribui a propriedade dos meios de produção de saúde.

É preciso, neste ponto, fazer uma ressalva. Não se trata de negar os medicamentos como um dos meios com os quais podemos contar na oferta de Atenção. O que caracterizamos como medicalização é seu uso como um *a priori*, numa lógica segundo a qual a todo sintoma referido à esfera psíquica corresponderia um psicofármaco. Portanto, não pretendemos dizer da não utilização dos medicamentos. O que pretendemos é dizer qual o papel que eles ocupam nas relações de Atenção: se servem como suporte de possibilidades para que os Sujeitos se representem ou se servem justamente para eliminar os sintomas e, conseqüentemente, negar as formas de representação subjetiva.

Vejamos agora que, ao reproduzir a divisão do trabalho característica do MCP – que na produção de saúde se atualiza, por um lado através do uso que os trabalhadores fazem das tecnologias enunciadas pela Universidade que são tomadas como Verdade e, por outro, entre aquele que demanda cuidados (sujeito do sofrimento) e aquele que pode suprir essa demanda com seu saber (a instituição de Saúde Mental)

-, as práticas na instituição de Saúde Mental são fundamentalmente determinadas pelo Discurso Médico.

De acordo com Marco Antônio Coutinho Jorge, na apresentação da edição brasileira do livro de Jean Clavreul (1983) e, nos capítulos seguintes para o próprio autor, é conforme o Discurso do Mestre e o Discurso Universitário criados por J. Lacan que o Discurso Médico se organiza.

Tomemos como pontos de análise dois momentos do Discurso Médico: o primeiro deles no que se refere à sua relação com a “clientela” da instituição de Saúde Mental, ou seja, a relação que se estabelece entre os profissionais e os sujeitos do sofrimento psíquico no momento da elaboração de diagnósticos (Discurso do Mestre); em segundo lugar, analisemos a relação entre os técnicos e a Universidade como análoga à divisão fundamental do trabalho, ou seja, os trabalhadores como reprodutores de um saber pronto, prescritivo, cuja tecnologia principal com que podem contar são os medicamentos (Discurso da Universidade). Parece não ser por acaso que em muitas situações os médicos são identificados pelos significantes “prescritor” e “distribuidor”. No entanto, é preciso reforçar que essa característica não é exclusiva dos médicos, mas pode ser atribuída a qualquer disciplina que pretenda dar às representações significados colados, estanques.

No momento da elaboração do diagnóstico, temos um sinal clínico, um sintoma, um signo² que se apresenta ao médico. Ele, com seu saber, transforma esse signo em significante, ou seja, atribui-lhe uma significação, um diagnóstico do qual tanto a sua própria subjetividade quanto a do sujeito do sofrimento estão excluídas. O resultado dessa relação é que aquele sinal foi transformado em objeto de uma intervenção. Portanto, podemos dizer que o discurso médico desqualifica o Sujeito, pois seu objeto é a doença e não o “doente”.

Esse processo pode ser lido através do Discurso do Mestre: havendo um agente (sinal, sintoma, S_1) que se dirige ao outro colocado no lugar de trabalho do laço social (médico, S_2), produz-se um objeto (doença, elaboração de diagnósticos, ampliação dos quadros nosográficos, a). A Verdade que se escamoteia nesta

² Signo, para Lacan, é “aquilo que representa alguma coisa para alguém (que saiba lê-lo), diferentemente do *significante* que representa um sujeito para outro *significante*” (CLAVREUL, 1983, p. 19)

compreensão é a negação da dimensão subjetiva do sujeito do sofrimento, denunciada ao colocar-se o Sujeito sob a barra. ($S_1/\$ \rightarrow S_2/a$).

Temos, assim, que uma das formas de relação entre o saber médico e a “clientela” que recorre à instituição de Saúde Mental seja pela (re)codificação dos sintomas em algo pertencente ao seu discurso. “A fala do sujeito é ouvida apenas para ser descartada imediatamente, onde se depreende a *função silenciadora* do discurso médico e seu posicionamento exatamente inverso ao da psicanálise” (CLAVREUL, 1983, p. 19). A ciência, portanto, vela o Sujeito a fim de produzir uma Verdade independente daquela enunciada por ele, perpetuando, através dos diagnósticos, sua alienação aos significantes de um outro (cf. CLAVREUL, 1983, p. 22).

Uma vez elaborado o diagnóstico, seu manejo se organiza a partir de outro laço social. O momento da intervenção medicamentosa pode ser lido através do Discurso Universitário ($S_2/S_1 \rightarrow a/\$$). O saber médico acumulado, *reproduzindo o já sabido*, o “prescrito para aquele caso”³, dirige-se à doença como objeto de intervenção e (re)produz um sujeito dividido entre homem e doença. Dessa forma, o sintoma pelo qual o Sujeito se apresenta e se situa em sua realidade é velado, reaparecendo em sua relação como objeto da intervenção. A tomada da doença como objeto é escancarada nos casos em que o “encontro” entre médico e paciente se dá apenas através dos prontuários.

A partir dos elementos propostos por J. Lacan no Discurso Universitário, temos nesse processo o lugar de agente ocupado pelo saber da medicina que se considera total, Universal, encarnado nos próprios médicos (S_2) que, por sua vez, manejam a doença como objeto (a) e têm como produto a divisão do Sujeito ($\$$) entre homem e doença bem como a desconsideração do significante pelo qual o Sujeito se apresentava.

Médico e doente, destituídos de sua subjetividade, prevalecem a *instituição médica* – lugar da totalidade do discurso médico e da qual o médico é apenas o anônimo representante – e a *doença* – objeto constituído pelo próprio discurso médico, sendo o homem unicamente o anônimo *terreno* no qual a doença se instala” (CLAVREUL, 1983, p. 13).

³ “O médico só existe em referência constante ao saber médico, ao corpo médico, à instituição médica” (CLAVREUL, 1983, p. 11).

Da forma como o Discurso Médico está organizado, com sua concepção de objeto, hierarquia de um saber que sabe *sobre* o paciente, os meios de tratamento, sua concepção de doença-cura, ele seria totalmente avesso às proposições da psicanálise, principalmente a partir de J. Lacan.

Então, por que continuamos apostando na inclusão dos sujeitos naquilo que a medicina os exclui? Apontamos nesse sentido contraditório baseados naquilo em que a práxis se impõe: se o erro, o engano, o sintoma, a doença constituem-se para a medicina como descartáveis, para a psicanálise configuram-se como objeto de atenção, pois neles é que se traduz a verdade do Sujeito, isto é, seu desejo. Daí podermos dizer que, se o Discurso Médico é análogo ao Discurso do Mestre, ele é, igualmente, o avesso da psicanálise.

Com esse fechamento de sentido da “doença”, a psiquiatria até consegue, ainda que de modo efêmero, atenuar o sofrimento e eliminar os sintomas (função positiva da instituição de saúde mental). No entanto, por não se reduzirem unicamente à dimensão fenomênica, essas formações seguem se produzindo. Nisso as históricas têm-se mostrado como especialistas: questionar o saber que se pretende absoluto, que a tudo pretende responder e solucionar; ludibriar o saber médico.

Essa relação, assim caracterizada, permite lançar luz sobre a alienação resultante desse Modo de Produção. O Sujeito está, dentro do Discurso Médico, completamente excluído dos meios de produção que figuram na instituição e, por isso mesmo, não tem qualquer relação com a saúde-produto-final. A saúde que se produz nessa relação está assepsiada de uma leitura que permita pensar o sintoma como meio de representação do Sujeito.

Diante desse cenário que apresentamos, afirmamos com Basaglia (1985, p. 110) que

... nossa ação atual só pode ser uma *negação* que, tendo surgido de um distúrbio institucional e científico, conduz ao rechaço do ato terapêutico que pretende resolver conflitos sociais adaptando a eles suas vítimas (BASAGLIA, 1985, 110).

Note-se que Basaglia não parece generalizar. O que a referência indica é que ele se posiciona contra uma forma de exercício de violência que se caracteriza pela via

da adaptação social. O dispositivo intercessor parece ser coerente com a posição basagliana ao propor: 1- incluir o sintoma como forma de representação do Sujeito e que pode ser ressignificantizado; 2- que a relação terapeuta-paciente não sirva para responder às suas solicitações de maneira com que o segundo seja enclausurado em um significante (qualquer que seja ele), mas que o coloque no lugar de trabalho do laço social; 3- rechaçar o ato terapêutico proposto como cânone universal (S_2 no Discurso Médico) e propor que se criem formas outras de Atenção. Essas formas outras podem, como propõem o dispositivo intercessor e Basaglia, derivar de distúrbios institucionais e científicos, ou seja, serem produzidas a partir da ocupação de suas brechas.

1.1.2 Análise conjuntural

Temos definido medicalização como um dos meios de produção que compõem a instituição de Saúde Mental e que teria como tecnologia disponível *a priori* quase exclusivamente os medicamentos.

Para Illich (1975), medicalização significa a expansão e apropriação pela medicina daquilo que pode não ser exclusivamente médico. Usamos a expressão “pode não ser” porque sabemos que muitos desses aspectos que hoje são considerados médicos, na verdade, foram sendo forjados como tais ao longo da história. Foucault, em “História da Loucura na Idade Clássica” (2005) e “O Poder Psiquiátrico” (2006), nos mostra como esses processos de apropriação foram sendo inventados, tramados, constituídos até chegarmos à contemporaneidade quando podemos observar que o poder médico psiquiátrico se apresenta como força hegemônica no campo da Saúde Mental. Temos aqui a elaboração e ampliação do escopo daquilo que é tratável pela medicina psiquiátrica, da “matéria-prima” das instituições de Saúde Mental.

Pensando a medicalização como estratégia de controle do social, Ignácio (2007, apud LAMB, 2008, p. 24) nos diz que ela age conformando modos de ser, isto é, aparando desvios, sintomas, modos de ser e estar no mundo que são indesejados no contexto em que estamos inseridos sócio-culturalmente, tais como insônia, tristeza, euforia, ansiedade, delírios.

A partir deste “ideal de saúde”, propagado pela mídia e pela indústria médica, qualquer sinal de dor é visto como ultrajante e, portanto, como devendo ser aniquilado; qualquer diferença em relação ao ideal é vista como um desvio, um distanciamento maior, e insuportável, da perfeição colimada, devendo ser “corrigida” (MARTINS, 2003, p. 87).

Essa conformação/adaptação poderia ser alcançada através do processo de medicalização, ou seja, do entendimento do sofrimento psíquico como uma questão passível de ser remetida a especialistas e sobre a qual haveria um saber que fosse capaz de dar contornos e respostas – tal como pronunciado na conjuntura histórica em que nos inserimos. Isso implica que o tratamento indicado para esses casos seja prevalentemente medicamentoso e pressupõe que quem trabalha no sentido da cura ainda é basicamente o remédio, expressão máxima do assujeitamento da subjetividade.

Dessa forma, além de parecer ser a única tecnologia disponível para o saber médico e que seu uso se dá de modo *a priori*, os medicamentos tornaram-se uma mercadoria como outra qualquer. Assim, não é difícil concluir que, numa sociedade determinada pelo capital na qual o consumo de mercadorias se iguala ao consumo de modos de subjetividade, a medicalização é uma forma de produção de subjetividades assujeitadas ao saber/poder médico ou especialista. Uma forma de atualização desta leitura será descrita no capítulo 4.

Vejamos um recorte de como a psiquiatria foi, ao longo do tempo, legitimando seu lugar e definindo seu objeto.

Simultaneamente à descoberta dos neurolépticos em 1952, a APA (Associação Psiquiátrica Norte-americana) criou o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais) como alternativa ao CID-06 (Classificação Internacional das Doenças) produzido pela Organização Mundial da Saúde.

A primeira versão do DSM baseava-se numa compreensão “psicossocial” da doença mental, esta concebida como uma reação a problemas da vida e situações de dificuldades impingidas individualmente [...] o termo reação reflete a influência do psicobiologista Adolph Meyer para quem os distúrbios mentais representavam reações da personalidade aos fatores psicológicos, sociais e biológicos. (VENÂNCIO, 1998 apud MARTINS, 2005, p. 53)

Vemos, portanto, que nesta primeira versão do DSM existia uma compreensão de que as “doenças mentais” seriam uma resposta às situações da vida dos sujeitos. Apesar de haver aí o significante “doença”, podemos perceber que ele remete a um juízo desses fenômenos como respostas ao processo de viver.

Alguns anos depois, em 1968, foi publicado o DSM-II. Esta versão manteve o princípio de que os “transtornos mentais seriam a expressão simbólica de realidades psicológicas”, mas “são abandonadas as noções de reação e a concepção bio-psico-social das doenças mentais dando mais ênfase aos aspectos da personalidade individual na compreensão do sofrimento psíquico.” (MARTINS, 2005, p. 53-54). Parece ter sido a partir desse momento que se deixou de considerar o processo de adoecimento como *resposta* a uma determinada situação e, portanto, contingente, passando-se a considerá-lo como característico de uma dada personalidade.

No entanto, desde 1932, o psiquiatra J. Lacan já compreendia que o sujeito se faz em relação com seu meio ambiente e, dessa forma, contrapunha-se ao reducionismo biológico da psiquiatria. Ao afirmar os fenômenos da psicose como produções subjetivas, Lacan apontava que seria impossível pensá-los isoladamente da personalidade, isto é, como absolutamente orgânicos. Já na Tese de 1932 “Lacan afirma que a psicose paranóica só poderia ser concebida como um modo reacional da personalidade, isto é, altamente organizado, a certas situações vitais...” (CHAVES, 2005, p. 27). Portanto, para Lacan, a formação do sujeito seria uma formação reacional ao meio e também à formação orgânica.

Em 1980 foi publicado o DSM-III que, de acordo com Martins (2005), rompeu com uma possível compreensão psicanalítica dos transtornos mentais e passou a propor uma nomenclatura única nas classificações. O DSM-III caracterizou-se como um manual descritivo e de fundamentação atórica sem, com isso, deixar de ser positivista. Por ser fundamentalmente descritivo, não contemplava a caracterização etiológica existente nas versões anteriores e afastou-se da compreensão psicológica e psicossocial. No entanto, apesar de pretender-se atórico e objetivo, revelava-se filiado a compreensões biológicas e fisiológicas dos distúrbios mentais. No mesmo ano, o DSM-III-R foi divulgado estabelecendo uma hierarquização dos diagnósticos.

... há maior valorização dos aspectos físicos, “orgânicos”, na organização dos diagnósticos psiquiátricos do que em relação aos aspectos morais, “psíquicos” [...] assim, os diagnósticos passaram a ser organizados de modo decrescente: do mais orgânico para o menos orgânico. (MARTINS, 2005, p. 58)

O que se nota nessa versão é um escancaramento da pretendida objetividade e neutralidade do discurso médico através da desqualificação dos aspectos não orgânicos como determinantes dos transtornos mentais.

A partir da versão do DSM-IV, lançada em 1994, houve o abandono da expressão “transtorno mental orgânico” como específico de uma condição. Dessa forma, a partir desta versão, compreende-se que todos os distúrbios tenham um substrato orgânico. Entretanto, apesar dessa pretensa objetividade, segue Martins (2005), diferentemente da medicina como um todo, na psiquiatria não existe nenhum sinal específico que possibilite um diagnóstico diferencial feito através de exames. A compreensão, a identificação e o diagnóstico são sempre de ordem subjetiva. Nas vezes em que esse marcador diferencial foi encontrado, a patologia se deslocou da psiquiatria para outras áreas da medicina como a neurologia, por exemplo.

Um pouco mais sobre a medicalização. Não é desconhecido que a indústria farmacêutica, com suas promessas de satisfação imediata, seduz seus consumidores que se iludem com a possibilidade de completude, de gozo imediato ao tomar tal ou qual medicamento.

Na contemporaneidade, se apresentam os medicamentos assepsiados de seu componente venenoso. O *pharmakon* grego era bem compreendido em suas duas qualidades, quais sejam, curativa e venenosa (a depender das condições do uso). Entretanto, atualmente, pouco se fala sobre os efeitos colaterais dos remédios. O *pharmakon* é apresentado exclusivamente como benéfico.

Assim sendo, podemos mostrar que, ao circunscrever o sintoma com o peso de um significativo diagnóstico (cefaléia, dispnéia, histeria, *pítí*) ao qual corresponde um medicamento, o discurso médico utiliza-se da tecnologia dos fármacos como instrumento de medicalização e sufocam a singularidade daquela contestação subjetiva. Resumidamente, muitas vezes vemos o binômio “um transtorno, um

medicamento”. Apesar disso, a utilização dos medicamentos como um objeto de gozo apenas mascara o movimento contínuo de produção da subjetividade.

A medicalização não é um termo que possa ser confundido com a prescrição de medicamentos (medicação), mas que se refere a uma forma de exercício, a uma tecnologia do Discurso Médico. Este, por sua vez, não se iguala ao discurso *do* médico. Trata-se, antes disso, de uma forma de organização do discurso como laço social que é análoga aos Discursos do Mestre e Universitário como já demonstramos.

Então, para “resolver” os transtornos psíquicos, a medicalização responde oferecendo remédios ou uma psicoterapia que pode não ter como pressuposto o sujeito dividido, produtor, mas sim algo que se aproxima de uma análise do comportamento. Trata-se de uma psicoterapia que desconsidera os Sujeitos e trata dos sintomas como objetos passíveis da aplicação imediata de uma técnica. No caso da psiquiatria, esta técnica, no mais das vezes, resume-se à prescrição medicamentosa.

1.2 Contextualização histórica e estrutural do nosso local de intercessão

A intercessão de que estamos tratando neste trabalho aconteceu num Centro Integrado de Atenção Psicossocial de uma cidade do interior do estado de São Paulo com aproximadamente 90.000 habitantes.

De acordo com a Portaria GM 336/2002, os CAPS podem ser classificados com base na população de cada município ou convênios estabelecidos em CAPS I (para 20 a 70 mil habitantes); CAPS II (70 a 200 mil habitantes) e CAPS III (acima de 200 mil habitantes). Além disso, o CAPS III é o único que conta com atendimento 24 horas por dia. Ainda de acordo com a mesma portaria, pode haver CAPS i (infantil, com população acima de 200 mil) e CAPS AD (tratamento de álcool e drogas, com população acima de 100 mil habitantes). Portanto, de acordo com essa definição, nossa intercessão aconteceu num CAPS II.

É preciso dizer que o CAPS propriamente dito é apenas uma referência institucional na qual nos inserimos como intercessores, haja vista que o campo da Atenção Psicossocial é muito mais amplo como veremos no cap. 5.

Inicialmente, os CAPS foram definidos pelo Ministério da Saúde como organizadores dos serviços de saúde mental do território no qual estivessem inseridos. Hoje, a partir da experiência do Projeto Matricial desenvolvido na cidade de Campinas/SP, eles representam apenas um dos pontos de ligamento da Rede de Atenção à Saúde.

O Centro de Atenção Psicossocial onde realizamos nossa pesquisa funciona no mesmo lugar em que o ambulatório de Saúde Mental da cidade (daí o nome de Centro Integrado de Atenção Psicossocial – CIAPS). Ambulatório com suas especialidades e sua modalidade de atendimento clínico. A equipe técnica e administrativa que atua no CAPS coincide com a do ambulatório e constitui-se, no imaginário social, como referência para atendimento das questões psiquiátricas no SUS.

Mesmo sendo um CAPS, isto é, uma unidade de atendimento à Saúde Mental que teria como ética a Atenção Psicossocial, podemos dizer que no imaginário social, que se criou ao longo dos anos, essa unidade ainda trata quase exclusivamente de questões psiquiátricas. De maneira geral, os moradores da cidade referem-se a ela como “o psiquiátrico”. Em nossa análise, essa denominação decorre de razões que podem ser bem localizadas histórica e politicamente.

De acordo com Devera & Costa-Rosa (2008), a década de 1940 caracterizou-se por uma tendência hospitalocêntrica, mesmo tendo em conta a existência, ainda incipiente, de serviços extra-hospitalares. A partir da década seguinte e mais consistentemente na de 1960, alguns países começaram a discutir formas de tratamentos extramuros como a Psiquiatria de Setor na França, Psiquiatria Democrática Italiana, a Psiquiatria Comunitária nos Estados Unidos e a Anti-psiquiatria inglesa. No entanto, o Brasil dos anos 50 ainda era marcado pela priorização da atenção psiquiátrica em detrimento de outras técnicas psicoterápicas, apanágio do modelo hospitalocêntrico, sendo que apenas na década de 60 surgiram os primeiros sinais de reforma na assistência à Saúde Mental.

Apesar desses primeiros movimentos, a conjuntura arranjada nas duas décadas anteriores fez com que o país tivesse em sua realidade unidades hospitalares superlotadas e sem qualquer condição de oferta de tratamentos. Decorrente dos

movimentos incitados, em 1972 foi publicado um relatório elaborado a pedido do então governador do estado de São Paulo no qual constavam as orientações do que seria o Modelo Preventivo-Comunitário. Esse relatório deu fundamentos para a efetivação de convênios com universidades e faculdades no ano de 1973 dos quais resultou a criação de 17 ambulatórios. De acordo com os autores a que estamos nos referindo, esses ambulatórios representam um momento importante na política do estado de São Paulo por serem uma contestação explícita ao Modelo Hospitalocêntrico até então dominante no país todo e por marcarem a adesão aos princípios da Psiquiatria Preventivo-Comunitária.

É preciso dizer que aqui não estamos fazendo defesa desse modelo de cuidados. O que pretendemos, ao relatar estes acontecimentos, é mostrar o movimento de descentralização médica que deles decorre: territorialização, valorização de ações extra-hospitalares, ações preventivas que garantissem a atividade e participação da comunidade para a superação das práticas manicomiais (DEVERA & COSTA-ROSA, 2008).

Como resultado dos “Convênios de 1973”, temos as instituições de Saúde Mental do estado de São Paulo organizadas em Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde), Atenção Secundária (Ambulatórios de Saúde) e Atenção Terciária (Hospitais Psiquiátricos). Importante dizer que a todos os níveis de atendimento já são nesse período preconizadas equipes multidisciplinares.

É nessa década que ganham cena os movimentos questionadores da situação da Saúde no Brasil que logo se organizarão sob o título de Reforma Sanitária e, mais especificamente na Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica. Destaques dessa década para a VIII Conferência Nacional de Saúde e para a inauguração do CAPS Luiz Cerqueira, ambas em 1986; para a realização, em 1987, da I Conferência Nacional de Saúde Mental que reafirma a mudança do modelo assistencial hospitalocêntrico para atendimentos extra-hospitalares; e, no mesmo ano, para o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental que contou com a participação dos técnicos, usuários e familiares, resultando num forte engajamento às mesmas propostas.

A década seguinte é marcada, de acordo com Devera & Costa-Rosa (2008), pela publicação da Secretaria Estadual de Saúde de SP de novas diretrizes políticas, dentre as quais destacamos: a transformação dos Hospitais Psiquiátricos em instituições abertas; a promoção, ampliação, qualificação e organização da Rede da Atenção Básica pautadas na intersectorialidade e integralidade; a qualificação de recursos humanos para uma cultura desinstitucionalizada; e pela descentralização administrativa. É, portanto, nessa década que ocorre uma importante mudança conceitual: os serviços extra-hospitalares passam a ser vistos como substitutivos e não mais, apenas, suplementares do Hospital Psiquiátrico.

Particularizando nossa análise histórica, de acordo com Uliana (2007), o local onde realizamos nossa pesquisa teve seu marco inicial em 1971 com a proposta de construção de um Hospital Psiquiátrico baseado na arquitetura clássica dos manicômios. No entanto, sendo financiados por uma sociedade civil filantrópica em parceria com o Estado, no mesmo ano de 1971, os recursos se esgotaram. Diante da intencionalidade de doar o prédio cuja construção até então fora, em parte, subsidiada com dinheiro público, a UNESP, através de seus alunos e professores do curso de psicologia, começaram uma discussão sobre a impropriedade da doação e propuseram, em consonância com o movimento político que se deslindava no Estado nesse momento, que fosse feito ali um Ambulatório. Após períodos de negociação entre interesses do antigo financiador e da nova proposta de ação, em 1984 foi concluído e inaugurado o Ambulatório.

Assim, construído inicialmente para ser um Hospital Psiquiátrico, o prédio acabou, no bojo dos acontecimentos, sediando o Ambulatório. As ações da Universidade em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde logo promoveram no ambulatório ações psicossociais que acabaram culminando no cadastramento do CAPS em 2002. No entanto, não podemos renegar a história subjacente ao surgimento desta unidade. Muitos dos trabalhadores que atualmente lá desempenham suas funções são os mesmos do período exclusivamente ambulatorial. Assim, com as devidas exceções, muitas ações, formas de compreender e analisar os casos, postura institucional, são ainda impregnadas de orientações distantes das propostas pela Atenção Psicossocial.

Diante dessa contextualização histórica, podemos fazer também uma análise um pouco mais detida dos acontecimentos enquanto jogo de forças presentes num campo. No entanto, antes disso, é preciso desfazer uma possível confusão entre estabelecimento e instituição. “A instituição é vista como a forma (nunca dada, sempre a descobrir, a reconstruir) que tomam as forças sociais...” (LOURAU, 1977, p. 134). No caso do nosso trabalho, é difícil não pensar o estabelecimento CAPS como forma empiricamente acessível na qual se atualizam essas forças e como local principal de referência e ação em Saúde Mental após as Reformas Psiquiátrica e Sanitária. Assim, no estabelecimento CAPS, entrecruzam-se instituições econômicas, sociais, culturais, políticas... Neste trabalho, usaremos o termo instituição devido à compreensão de movimento a que queremos remeter os CAPS e os demais equipamentos com os quais podemos contar na Atenção Psicossocial.

De acordo com Costa-Rosa (2006), uma instituição surge como agenciamento das pulsações da Demanda Social mediadas pelo imaginário e pela ideologia numa conjuntura que pode ser compreendida através do conceito de Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH). O modo como essa Demanda se verifica empiricamente é chamado Encomenda Social (LOURAU, 1975, p. 125).

O PEH consiste num esforço de manter em equilíbrio dinâmico interesses dos pólos dominante e subordinado.

Do lado do pólo dominante vemos um conjunto de práticas de efeitos repressivos e ideológicos, além de um conjunto de concessões táticas seguidas de sua recuperação. Do lado do pólo subordinado há um conjunto de práticas concordes com os interesses dominantes que as reproduzem. Mas há também um conjunto de reivindicações, às vezes mesmo passivas e aparentemente inadvertidas e também um conjunto de práticas alternativas que algumas vezes chegam a aspirar à elaboração de uma hegemonia alternativa à dominante. (COSTA-ROSA, 2006).

No caso da instituição na qual nos inserimos enquanto intercessores (atualmente materializada no CIAPS), parece que foi diante de uma Demanda situada histórica, política, cultural e economicamente, através da mediação pela ideologia da entidade filantrópica à qual nos referimos como fundadora, somada e articulada à ideologia dominante naquele momento histórico de que os transtornos psíquicos seriam

tratados em Hospitais Psiquiátricos que surgiu a proposta de construção do Hospital Psiquiátrico Clássico.

No entanto, justamente por trazer em seu seio forças antagônicas sempre em pulsação, por ser atravessada por forças externas e por se dar num contexto que pode ser pensado a partir do PEH, a instituição que emerge tem a possibilidade de reivindicar práticas e ações alternativas àquelas dominantes. Vale dizer que a dominância das forças não se define apenas por uma prevalência quantitativa, ou seja, que não se trata de um atributo estatístico, mas de sua característica ativa de determinar como serão as faces das instituições.

É a partir da leitura que fizemos acima que podemos pensar a instituição em constante movimento. A partir das forças pulsantes que a constituem internamente bem como daquelas que a afetam desde fora, instituído e instituinte se confrontam dando passagem a novos modos de organização institucional. No caso da instituição de Saúde Mental, num primeiro momento vemos algumas forças se conjugando e reivindicando o estabelecimento Hospital Psiquiátrico. Em seguida, temos como efeito de movimentos internos e externos, seu deslocamento para a implantação do Ambulatório. Ainda em movimento, o Ambulatório se transmuta em CIAPS.

Esse processo de construção-desconstrução da instituição até o momento em que estamos também pode ser lido através do Discurso do Sujeito (ou da Histórica) como laço social. Nesse Discurso temos no lugar do agente um Sujeito dividido (\$). No caso da instituição em análise, podemos pensar este Sujeito como coletivo não uniforme e, portanto, constituído por interesses que podem inclusive ser contraditórios. Este sujeito-coletivo se dirige a um saber distinto (S_1) atualizado na ideologia dominante e no imaginário (saber da ciência e da medicina moderna) que, colocado no lugar do trabalho do laço social, se obriga a produzir um estabelecimento no qual serão recolhidas as demandas iniciais. Essa instituição com suas técnicas é efeito de um saber e contém todo esse saber acumulado em si enquanto enunciador de práticas e ações mecânicas (S_2). No entanto, como consequência desse laço social, temos que a Verdade (a) que resulta desse laço é sempre “não toda”. Isso quer dizer que, por mais saberes que a instituição acumule em si, ela nunca poderá absorver todo o seu objeto,

sempre haverá um não-sabido. A consumação de todo o não-sabido é o processo que leva à dissolução da própria instituição.

O objeto *a*, justamente por ser metonímia, sempre deixará um resto a ser simbolizado. Este restante negado é que estará a fustigar os Sujeitos-coletivo pondo-os a solicitar do saber (S_1) novos produtos. No caso da instituição, o “resto” não metabolizado solicitará novas formas de sua organização ($\$/a \rightarrow S_1/S_2$).

Vemos, portanto, que no caso da instituição que estamos analisando, já desde o primeiro momento em que ela foi solicitada, forças díspares seriam suas compositoras, tanto que a impulsionaram às transformações ocorridas.

Temos também que o significante mestre em torno do qual os demais se organizam (S_1) pode ora representar-se por uma ideologia dominante – como no caso da instituição psiquiátrica que inicialmente planeja o Hospital Psiquiátrico -, ora numa alternativa – como foram as brechas ocupadas ao transformar a proposta inicial em Ambulatório e, subseqüentemente, em CIAPS.

O que parece haver em comum entre essas duas leituras ou formas de compreender a realidade é que ambas apontam no sentido de que há possibilidade de transformação, isto é, de que existem forças pulsantes no interior das instituições que são capazes de imprimir-lhes sentidos dialeticamente contraditórios.

É a partir disso que pensamos ser possível propor uma intercessão visando à desmedicalização (compreendida a partir da medicalização que caracterizamos anteriormente) dessas instituições; por uma conclusão lógica, atestada historicamente, de que existem brechas no campo da saúde que podem ser ocupadas a fim de compor um campo no qual seja possível advir o Sujeito como produtor de si, diferentemente do processo alienante dessa possibilidade que vemos na medicalização.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Interceder junto ao modo de produção de uma instituição de saúde mental visando interferir em suas concepções de objeto, nos seus meios de produção e no seu produto final, tendo como ética a Atenção Psicossocial. No que se refere à especificidade dos meios de produção, interceder na interface psiquiatria-psicoterapia e construir com seus agentes um saber-fazer que permita melhor coincidir o discurso institucional e suas práticas.

A partir dessa experiência, elaborar um saber sobre como foi possível criar esse espaço de intercessão, quais as dificuldades, efeitos e quais suas relações com a teoria já enunciada.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Criar um espaço de intercessão junto às demandas de uma instituição de Saúde Mental;
- ✓ Facilitar a produção de saberes pelos próprios trabalhadores em complementação e superação dos já instituídos;
- ✓ Criar com a equipe uma visão de Sujeito que não seja objetificado;
- ✓ Devolver aos usuários da Atenção Psicossocial a posição de atores no processo de produção de saúde;
- ✓ Estabelecer relações entre a experiência vivida na práxis e o saber já acumulado na teoria.

É importante destacar que os objetivos deste trabalho são igualmente os meios com os quais operamos. Isso porque o resultado da intercessão não é um produto, mas sim a criação da possibilidade de dar passagem a novos modos de produção. O produto da intercessão é a criação de outros meios de produção que não os dominantes. Assim, neste trabalho, os “objetivos” se confundem com a chamada “metodologia” das pesquisas classicamente acadêmicas.

3 METODOLOGIA

Como já apontamos anteriormente, o meio pelo qual nos inserimos na instituição para fazer a “pesquisa” foi o dispositivo intercessor. Destacamos que não se trata de uma pesquisa aos moldes clássicos da universidade, ou seja, que se inseriria numa dada realidade com o objetivo de conhecer, descrever, caracterizar, interpretar dados, pois que não se trata de uma concepção da realidade como objeto de estudo.

Partiremos neste trabalho de uma compreensão um pouco mais ampla de metodologia segundo a qual ela “trata de explicitar os pressupostos teóricos que sustentam a maneira pela qual o pesquisador estudará uma dada realidade, a concepção dessa realidade e a finalidade ética do conhecimento” (FODRA, 2007, p. 80) a fim de justificarmos sua pertinência e coerência teórica com a realidade na qual nos inserimos enquanto intercessores.

3.1 O dispositivo intercessor

Derivado do materialismo histórico e dialético, da psicanálise e da análise institucional, o dispositivo intercessor congrega e opera com esses saberes na realidade em que se inclui.

Apesar de admitir mais de uma concepção teórica, usamos em nosso trabalho o termo dispositivo para significar qualquer acontecimento ou ferramenta que sirva para criar o novo, mas que simultaneamente comporte a repetição do já instituído. O que se destaca no termo dispositivo é que ele implica a noção de movimento, mas que deve ser bem entendido como movimento das forças que compõem a instituição (tanto as instituintes como as instituídas).

Com base no materialismo histórico, o dispositivo intercessor compreende que sujeito e objeto têm sua realidade objetiva. Nessa realidade, sujeito e objeto se afetam mutuamente, ou seja, numa mesma relação, o que chamamos de “objeto” é também “sujeito” de uma ação sobre um “objeto” que até então era considerado apenas “sujeito”. Deriva dessa concepção de realidade que o homem possa ser pensado como determinado por leis sociais próprias do seu estrato histórico e que ele tem igualmente

capacidade de transformar dialeticamente a sociedade na qual está inserido. Existe, portanto, uma relação singular entre objetividade e subjetividade.

Essa é uma característica fundamental para o dispositivo intercessor: o entendimento de que existem forças que compõem e determinam os homens, mas que eles são capazes de identificá-las e, dialeticamente, transformá-las.

No caso da instituição de saúde mental, como já foi apontado, se a pensamos como atravessada por diversas outras instituições (médicas, econômicas, psicológicas, sociais, culturais, familiares, religiosas...), temos que considerar que, se numa determinada conjuntura nela coexistem forças que a sustentam como lócus de ação do Discurso Médico, não é menos verdade que essa organização das forças é passível de uma interferência que pode apontar no sentido de sua superação dialética, ou seja, para que ela se reorganize a partir de outra relação de forças. É a partir da compreensão dessa multiplicidade de forças que a determinam que o homem pode imprimir-lhe ora um, ora outro sentido.

A respeito da ação do homem sobre a realidade, Deleuze nos permite compreender que devemos agir sobre determinadas realidades.

Sempre que se está numa época pobre, a filosofia se refugia na reflexão “sobre”... Se ela mesma nada cria, o que poderia fazer, senão refletir sobre? Então reflete sobre o eterno, ou sobre o histórico, mas já não consegue ela própria fazer o movimento.
O filósofo não é reflexivo, é um criador.
De fato, o que importa é retirar do filósofo o direito à reflexão “sobre”. O filósofo é criador, ele não é reflexivo (DELEUZE, 1992, p. 152).

O que importa destacar é que coexistem inúmeras pulsações que imprimem à instituição sua característica de estar em permanente transformação e que esta transformação também afeta o modo de ser e estar no mundo dos homens. “Unidade e luta de contrários, eis o que dá à realidade simultaneamente a sua unidade e seu caráter processual” (FODRA, 2007, p. 83).

Ainda de acordo com a dialética, temos que o trabalho não produz apenas bens de consumo. Por ser uma forma de mediação entre o homem e a natureza e entre o homem e os outros homens, o trabalho também produz formas de ser homens. Ao manejar algum instrumento ou ao lidar com determinado conhecimento acumulado

pelas gerações anteriores, o homem é efeito desses “objetos” e ao mesmo tempo é capaz de produzir neles algumas alterações. De acordo com Codo (1995, p. 09), “foi através do trabalho que o homem se constituiu”.

Assim compreendida a dialética homem-trabalho, pensamos que o dispositivo intercessor representa uma possibilidade micropolítica de superação da divisão essencial do trabalho entre os intelectuais e braçais (discutida na parte 1.1.1 deste trabalho). De acordo com Santos (2001, p. 49), a sociedade contemporânea já está sofrendo um processo de transição paradigmática. “O paradigma sócio-cultural da modernidade [...] desaparecerá provavelmente antes de o capitalismo perder sua posição dominante”. Portanto, ao apontar o dispositivo intercessor como meio de superação dessa divisão, fazemos essa proposta embasados na compreensão de que a transição já está em movimento e de que nossa interferência ocorrerá não visando a uma mudança repentina e total, mas apenas em uma das formas pelas quais o MCP se caracteriza. “A transição paradigmática é dupla: epistemológica e societal. As duas transições são autônomas, mas intimamente relacionadas. Formas alternativas de conhecimento geram práticas sociais alternativas e vice-versa.” (SANTOS, 2001, p. 344).

É nesse sentido que o dispositivo intercessor procura interferir: a partir de contradições entre elementos da práxis e o saber já estabelecido, produzir um saber que tenha efeitos sobre o social. Portanto, o social que “bate à porta” serve para impelir uma produção de conhecimento cuja ética seja a mesma da Atenção Psicossocial e que tem seus efeitos sobre o próprio social.

Baseado nos pressupostos elencados acima, o método propriamente dialético de pesquisa parte de perguntas sobre qual é a concepção que se tem da realidade a ser estudada, como se produz concretamente esse fenômeno social, quais são as leis e as forças humanas que estão subjacentes a essa instituição (que, por sua vez, influencia os homens)... Eis o que nos interessa para o dispositivo intercessor: superação da dicotomia sujeito-objeto e compreensão de quais são dos determinantes (sempre vistos como passíveis de transformação) da realidade “pesquisada”.

Temos ainda um terceiro aspecto da dialética que é o da práxis e que está intimamente ligado com a sua concepção de mundo e seu método. Nessa dimensão, o

que importa é a transformação da realidade na qual nos inserimos. A dialética “privilegia contradição e conflito, predominando sobre a harmonia e o consenso; o fenômeno da transição, da mudança e do devir sobre a estabilidade; o movimento histórico e a totalidade como unidade dos contrários” (FODRA, 2007, p. 92).

E essa é outra característica que compõe o dispositivo intercessor: a possibilidade de identificar e mapear as forças que constituem uma instituição e, a partir disso, interferir na sua organização, sair de um lugar pronto, fechado, impregnado por um discurso e por um ideal de harmonia e assumir uma mudança radical derivada das pulsões mesmas que já a constituem ou que a atravessam vindas de fora. Portanto, não se trata de buscar um equilíbrio das forças, mas de potencializá-las, multiplicá-las, lançar-lhes luz para que possam imprimir à instituição novos sentidos.

Vemos, então, que o pensamento materialista representa uma possibilidade de superação da dicotomia na qual historicamente se assentou o saber médico até chegar a configurar a relação que pudemos caracterizar como sendo o Discurso Médico: sujeito/objeto, objetividade/subjetividade, natural/cultural, individual/social, orgânico/subjetivo...

Pensamos ainda que a utilização do referencial materialista se justifica no trabalho com a Atenção Psicossocial pela possibilidade que oferece de analisar os conflitos que se atualizam no cotidiano das instituições que a compõem e as contradições que possibilitam a superação e os processos de transformação. É ainda pertinente à medida que permite que intercessor e sujeitos alvos da intercessão (sujeito coletivo dos trabalhadores da instituição) se (re)coloquem como implicados nas realidades “pesquisadas”.

Os pressupostos teóricos e epistemológicos do dispositivo intercessor nos permitem dizer que psicanalista, analista institucional, analisador, intercessor encarnado⁴ estão implicados em todas as dimensões (afetiva, pessoal, política, pública) na realidade em que se inserem. Simplesmente por estarmos presentes numa dada realidade nós a deformamos ou transformamos.

⁴ Utilizaremos o termo “intercessor encarnado” para nos referir ao agente da intercessão. Como se verá adiante a partir do desdobramento que fazemos do Cartel Lacaniano para compor o dispositivo intercessor, o intercessor, tal qual o +1, pode ser qualquer um, desde que seja um.

Tomemos agora os três tempos do conceito propostos pela Lógica de Hegel como mais um elemento componente do pano de fundo teórico do dispositivo intercessor como nosso “meio de pesquisa” na Atenção Psicossocial.

O primeiro momento do conceito seria o Universal da instituição. O Universal seria expresso pelo discurso, normas, leis, valores, ideologia que seriam válidos para a instituição toda enquanto formação social. Em seguida, temos, no segundo momento, do conceito o Particular que pode ser caracterizado como negativa do Universal: são as práticas, acontecimentos, fatos que escapam ao predito. Por fim, mas não desconectado dos momentos anteriores, o Singular representa a unidade e a luta do Universal com o Particular e possibilita a recriação das formas de relações sociais. É nesse terceiro tempo que se evidenciam os efeitos de corte de sentido, emergência do desconhecido, permitindo a desalienação e a produção de efeitos criativos e revolucionários. (FODRA, 2007; LOURAU, 1977; LOURAU, 1995; COSTA-ROSA, 2000).

De acordo com Deleuze (1992, p. 167), “se um criador não é agarrado pelo pescoço por um conjunto de impossibilidades, não é um criador. Um criador é alguém que cria suas próprias impossibilidades e ao mesmo tempo um possível.”

Essas bases nos são caras enquanto fundamentos para a intercessão, pois nos permitem pensar que não há Universal proposto pelo Discurso Médico que se sustente diante de um caso do Particular. Se o Discurso Médico, através de suas prescrições acumuladas pretende-se absoluto, haverá os casos Particulares em que a universalidade não se confirmará como, por exemplo, aqueles que “diagnosticados e medicados adequadamente não respondem ao tratamento ou respondem de maneira inesperada”. É precisamente nesse momento de conflito que será possível ressignificar, atribuir um sentido Singular àquela situação. No caso de uma instituição de Saúde Mental, talvez seja essa a possibilidade de, a partir do Particular, visualizar o Sujeito.

No nosso trabalho, é nesse momento da singularidade que os trabalhadores, incluindo o intercessor, deverão se situar para além da reprodução mecânica e automática dos meios de produção de saúde descritos pelos manuais nos quais ela ainda é vista dentro do princípio doença-cura. Isso implica incluir os sujeitos do sofrimento nesse processo.

É claro que, ao propor que os trabalhadores produzam seu próprio saber (organizados pelo não-saber), não estamos descartando ou desqualificando o conhecimento já produzido e acumulado. O que apontamos é no sentido de inverter o paradigma moderno de apropriação do senso comum pela ciência e promover o contrário: que, a partir do conhecimento já produzido pela ciência, o chamado senso comum (por não ser científico positivista) possa constantemente impelir à criação de novos saberes. Dentre outros meios que possam existir, apontamos o dispositivo intercessor como possibilidade de realizar esta inversão: apostamos nos sujeitos e nos trabalhadores como produtores e capazes de questionar os saberes (Discurso Médico) estabelecidos.

Vejamos agora as contribuições que tomamos da psicanálise e que servirão de base teórica para o dispositivo intercessor. Primeiramente, temos que seu “objeto” e “método de pesquisa” são radicalmente opostos aos modelos positivistas, sendo eles, respectivamente, o inconsciente (tal qual proposto a partir de Freud) e a atenção flutuante.

Com a compreensão do inconsciente psicanalítico, reiteramos o pressuposto do materialismo histórico de que o “objeto” é também sujeito. Diferentemente de uma perspectiva para a qual os usuários dos serviços de saúde possam ser objetos de uma pesquisa ou de uma intervenção, ao pensarmos o dispositivo intercessor tendo como um de seus pilares de sustentação teórica a psicanálise, temos que o inconsciente é ativo, é produtivo, é sujeito na relação; temos que o usuário da Atenção Psicossocial é ator tanto na produção de si e, portanto, de sua Saúde, como na determinação da instituição.

No método psicanalítico, ao compreender que o inconsciente não pode ser diretamente observado e não ser através de suas formações (lapsos, chistes, sintomas) temos que o conhecimento teórico deve ser posto em suspenso de modo a manter aberta a possibilidade de novas organizações do “observado”. Caso contrário, se operarmos com um conhecimento prévio, encontraremos o que procuramos ao invés de nos atermos aos desvios, falhas e imprevistos que justamente constituem o foco de interesse psicanalítico. A única preocupação que o terapeuta deve ter nesse sentido é

de não buscar preencher as falhas do saber (tanto de seu próprio saber quanto do paciente).

Epistemologicamente, Freud rompe com o paradigma dos especialismos ao propor como “objeto” um sujeito produtor de conhecimento. Quem opera, portanto, é o sujeito. Simultaneamente, temos, já em Freud, a produção de um conhecimento sobre como foi que o sujeito produziu seu saber, ou seja, a realidade que se buscará conhecer será a dos processos que os sujeitos da demanda por cuidados percorreram.

Esta é uma proposição da psicanálise à qual coadunamos o dispositivo intercessor. O intercessor não “vai a campo” a fim de pesquisar determinado aspecto daquela realidade. Ao contrário, o intercessor se integra ao movimento, “vai na onda” dos movimentos institucionais para “colher dados” que servirão apenas para facilitar suas rupturas, apontar suas brechas. Por não ter um objeto observável empiricamente, podemos dizer que, se comparado aos modelos clássicos de pesquisa positivista, o dispositivo intercessor sequer faz pesquisa. Ao contrário, sua metodologia lhe serve apenas como “pretexto” para realizar a intercessão.

Além do que se elencou até este ponto sobre as contribuições teóricas da psicanálise ao dispositivo intercessor, deve-se somar a concepção de que o analista (e no caso do nosso trabalho o intercessor) não é neutro no processo. Ao contrário, o analista bem sabe que ao analisando o seduzirá e convidará a participar sempre mais da relação. Este convite, ao invés de ser neutralizado, deve servir ao analista como material de trabalho.

Com a psicanálise, portanto, o dispositivo intercessor tem em comum alguns pressupostos: 1- o “objeto” é um sujeito produtor; 2- o “pesquisador” está envolvido intimamente com os processos de produção de Sujeitos e pelos Sujeitos; 3- a escuta busca romper significados estabelecidos previamente através da atenção dada ao imprevisto, ao erro, ao sintoma; 4- a finalidade da intercessão não é a coleta de dados junto a um sujeito/coletivo, mas a transformação direta da realidade/formação social em que se dá o processo. (STRINGHETA & COSTA-ROSA, 2007)

Apesar de termos dito que o “pesquisador” está intimamente ligado aos processos de produção realizados pelos sujeitos-alvo da intercessão, existe no dispositivo intercessor uma particularidade que é o fato de que o intercessor encarnado

não está totalmente imerso na grupalidade. O intercessor encarnado serve apenas como suporte das expectativas imaginárias do grupo, serve como referência, assume aquilo que J. Lacan chamou de sujeito-suposto-saber.

De certo modo, o intercessor é aquele que, nos cartéis lacanianos, é o “+1”. Dessa forma, o que o intercessor faz não é modificar ativamente o seu campo de inserção, embora isso ocorra como consequência. 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 incluindo-se o intercessor apesar de ele ocupar ali um lugar diferenciado.

Num primeiro momento, cabe ao intercessor relacionar-se com o coletivo institucional de modo homólogo ao que o analista se relaciona com seu paciente: fazendo apontamentos, escansões, ou seja, facilitando que o saber seja produzido pelos próprios sujeitos. O que o intercessor faz aqui é colocar seu saber teórico em suspenso a fim de fazer os sujeitos falarem. Essa função pode ser lida através do Discurso da Histórica ou da Ciência ($\$/a \rightarrow S_1/S_2$). Trata-se de histericizar a instituição – entendendo histericizar como forma de manter aberta a hiância do significante.

Essa suposição de saber encarnada pelo intercessor e, ao mesmo tempo, posta em suspenso é definida como um saber que sabe seus limites e seu limite essencial é não poder produzir o saber capaz de circunscrever o sofrimento do sujeito que busca ajuda (STRINGHETA & COSTA-ROSA, 2007, p. 154) e tampouco capaz de elencar modelos, crivos metodológicos aos quais a instituição deva se adequar.

Vemos aqui que esta é uma perspectiva radicalmente avessa ao Discurso Médico ou do Mestre. A função assumida pelo intercessor pretende colocar os Sujeitos no lugar de agentes do laço social e nele se inclui de forma que se possa produzir um saber próprio daquela coletividade. O suposto-saber opera nos Sujeitos mantendo-os abertos para o novo. Por isso, na práxis, o intercessor deve suspender seu saber, pois sabe que ao fazer isso, um saber próprio há de ser formulado em conjunto e este saber poderá reestruturar o campo. Por incluir-se no coletivo que produzirá o saber através de suas relações, o intercessor diferencia-se do +1 tornando-se deliberada e contingentemente um a mais.

Esse lugar diferenciado possibilita que o intercessor aponte aos sujeitos as contradições já existentes entre os registros do enunciado e da enunciação fazendo com que haja uma suspensão do sentido imediatamente atribuído e com que surja a possibilidade de uma nova significação das situações Particulares. Ao apontar essas contradições, o coletivo se depara com a possibilidade/obrigação de produzir novos saberes.

De fato, o lugar ocupado pelo intercessor é bastante singular. Sua entrada no campo pode acontecer por uma demanda explícita da instituição ou mesmo, como aconteceu no caso da experiência que compõe este trabalho, através de uma oferta partida do próprio intercessor que tenha sido aceita.

É nos contextos definidos acima que atua o intercessor: facilitar a criação de novos sentidos e pensar com suas ferramentas teórico-técnicas quais são as brechas (sociais, políticas, institucionais) que permitem pleitear a singularidade dos processos de produção. É através do momento no qual emergem significantes que podem ser bifurcados, divididos, reapropriados *com outro sentido* que se produz o conhecimento que interessa ao dispositivo intercessor. Note-se que se refere a um conhecimento produzido a partir de um não-saber. Importante destacar que esse conhecimento produzido é apenas catalisado pelo intercessor. Quem o produz, a bem da verdade, são os próprios sujeitos-alvo da intercessão, entre os quais, como já vimos a partir da dialética e da psicanálise, o intercessor necessariamente está incluído.

Essa percepção é de extrema importância para nosso trabalho que busca justamente romper com a lógica taylorista de divisão entre aqueles que pensam, que produzem conhecimento dentro de determinada disciplina ou área de atuação (geralmente associados à figura acadêmica) e aqueles que, conforme suas possibilidades ou disponibilidades, inseridos numa conjuntura específica que pode ou não favorecer processos de singularização, executam o serviço (os trabalhadores). Em nosso “método de pesquisa”, como já demonstramos anteriormente, procuramos romper com essa dicotomia advinda do modo capitalista de produção e propomos organizar a instituição a partir da ética da Atenção Psicossocial.

Portanto, o dispositivo intercessor opera, nesse contexto, tentando superar (dialeticamente podemos dizer) a questão da produção de conhecimento de um sujeito

para outro, facilitando que os próprios Sujeitos produzam seus conhecimentos. Se compararmos à pesquisa quantitativa tradicional, o uso do dispositivo intercessor pode não apresentar “dados” cuja frequência seja estatisticamente relevante. No entanto, como já mostramos anteriormente, são os casos Particulares que nos interessam a partir da perspectiva epistemológica na qual estamos inseridos. É justamente através dessas particularidades que podemos confrontar o Universal e produzir Singularidades.

Retomemos a contribuição psicanalítica ao dispositivo intercessor sobre a concepção dos Cartéis propostos por Lacan. Segundo esta proposição, quatro pessoas se juntam e elegem +1 para compor um Cartel cujo objetivo é produzir conhecimento sobre a psicanálise. A invenção do cartel não se confunde a um modismo ou a uma determinação de como os analistas devem ser organizar para estudar; não seria, portanto, uma proposição a ser tomada como um dogma. A prática *do* e *no* cartel decorre da aplicação dos pressupostos psicanalíticos à própria formação dos psicanalistas. Trata-se da passagem da psicanálise em intensão – que se refere ao próprio ato de psicanalizar – à psicanálise em extensão – que se refere ao trabalho sobre a teoria.

De acordo com Freud, em *Psicologia das Massas e Análise do eu*, a formação de grupos se daria em torno de um líder com o qual todos se identificariam, delegando-lhe uma posição de saber (ideal do eu). No cartel, o +1 é, idealmente, esse líder. No entanto, nesse contexto, sua função é justamente a de não liderar nem ocupar o lugar de sujeito-suposto-saber que se confunde com “aquele que sabe”. De acordo com Quinet, no Prefácio do livro *O Cartel: Conceito e funcionamento na escola da Lacan* (1994), a não ocupação desse lugar de líder serve “para fazer com que cada componente do cartel realize um trabalho pessoal e não se deite no conforto de fazer o que o mestre mandar e de aprender o que o mestre ensinar”.

Embora a teoria e a práxis nos mostrem que a todo momento o líder do grupo e, portanto, o +1, são colocados na posição daquele que tem um saber que poderá oferecer ao grupo, a forma da qual o +1 se utiliza para provocar o trabalho no cartel é negando-se a ocupar este lugar.

Tal como entendo, o mais-um deve ser um agente provocador [...] Como ele exerce essa sua incumbência? Há uma tendência a exercê-la como

senhor, inclusive como “mestre-ao-trabalho”, se posso dizê-lo assim. Frequentemente se solicita ao mais-um que exerça este papel. O incômodo é que, enquanto mestre, ele não pode jamais fazer trabalhar senão o saber que já está aí [S_2] e não pode produzir mais do que aquilo que está fora do simbólico, digamos, por enquanto, objeto a. (MILLER, 1994, p. 04).

A única forma de produzir um conhecimento é desocupando o lugar daquele que sabe e assumindo a posição de Sujeito provocador, ou seja, numa organização discursiva que se assemelha ao Discurso do Sujeito ou da Ciência. É só nessa configuração que se pode ter como produto o saber ($\$/a \rightarrow S_1/S_2$).

Portanto, o +1 e, já podemos dizer, o intercessor encarnado têm como função fazer emergir o efeito subjetivo no grupo, isto é, provocar que assumam a posição de sujeito dividido que demanda saber.

Situando-se entre os componentes do grupo, do coletivo, do cartel, o +1 deve colocar uma questão que abranja a todos como tal. Ao fazê-lo, deve propositalmente estar fora do lugar daquele que sabe respondê-la, deixando-o em suspenso e obrigando a todos (inclusive a si mesmo) a colocarem seus significantes-mestres a trabalhar. Isso não quer dizer que o +1 seja analista no cartel. Sua função é apenas de manter aberta a divisão do coletivo, suas possibilidades de bifurcar. O que de fato conduz ao saber é o Discurso da Histórica (LACAN, 1992, p. 22), ou seja, a ocupação da posição de Sujeitos pelos cartelizantes e a colocação dos significantes mestres no lugar do trabalho.

Essa colocação dos S_1 na posição de trabalho nos permite dizer que todos os componentes do coletivo devem manter seus saberes, suas especificidades e tê-las valoradas, ou seja, não se trata de uma homogeneização entre os participantes que se aglomerariam em torno do S_1 do +1 ou do intercessor, mas sim que todos devem produzir novo saber (inclusive o +1). Dessa forma, deve ficar claro que o cartel e o campo de inserção do intercessor não visam à dominação pela psicanálise como forma privilegiada de saber. Ao contrário, mantém aberta a possibilidade de que outros campos de saber componham o coletivo de modo a preservar uma não-homogeneização entre os componentes.

Nesse sentido, Jimenez (1994, p. 16), referindo-se ao +1 afirma que

Ele se dirigiria aos outros, conferindo-lhes o papel de S_1 , sabendo, no entanto, que os participantes do cartel não são senhores, nem pais ideais, senão esse *status* de S_1 surgiria das insígnias que os diferenciam. Por insígnias, entendem-se as habilidades, qualidades ou conhecimento próprios de cada participante. O mais-um, então, os forçaria a produzir a partir dessas insígnias.

No entanto, é preciso destacar que, tal qual o $+1$ – que, embora componha o cartel, não se confunde com os demais, tendo seu lugar bem delimitado, com funções distintas-, o intercessor também se diferencia do “um a mais” na equipe.

O signo “mais” que integra o nome desta função não identifica a operação de adição. “Quatro mais um” não fazem um grupo de cinco, mas um conjunto de quatro mais um. O um não se adiciona, isto é, sua propriedade associativa se reduz a zero. O resultado é que o “mais” não é um signo algebraico; é um significante que denota a separação. A fórmula “quatro mais um” deve ser lida ao pé da letra: quatro separados um por um (CABAS, 1994, p. 52).

De acordo com Lacan, o $+1$ pode ser qualquer um, desde que seja um. Pensando através da estrutura dos nós borromeanos, os círculos precisam ser juntados por outro círculo específico. Este pode inclusive ser ora um, ora outro, mas é necessário que ele cumpra esta função de ligar todos os demais. No cartel, o mesmo acontece. É preciso que alguém assuma o lugar de $+1$. É justamente por isso que ele não faz uma simples soma com os demais.

Apesar das já assinaladas semelhanças entre o Cartel e o dispositivo intercessor, é preciso que apontemos igualmente suas diferenças, pois, embora o Cartel sirva como uma das bases para propor o dispositivo intercessor, eles não devem se confundir. A primeira das diferenças, no que tange especificamente a este trabalho, refere-se à entrada na instituição como intercessor encarnado ter-se dado a partir de uma oferta e não de um convite para ocupar esse lugar. No cartel, o $+1$ deve ser eleito e convidado a ocupar esse lugar tendo em vista a suposição de que ele tenha alguma questão com o tema a ser trabalhado por aquele coletivo. O intercessor, nesta experiência, não foi convidado, mas ingressou a partir de uma oferta partida dele mesmo e que foi aceita pelos trabalhadores do CIAPS.

Outra diferença refere-se à suposição de saber atribuída ao +1. Embora na minha apresentação à instituição enquanto intercessor eu tenha referido minha formação, parece que, se houve esta suposição de saber confundida com aquele que sabe propriamente, ela decorre da referência à universidade e ao orientador deste trabalho, haja vista que a instituição ainda não conhecia minha prática. No entanto, com o passar do tempo, realizando a intercessão, esse lugar foi sendo construído para imediatamente ser posto em suspenso.

Uma terceira diferença entre o cartel e o dispositivo intercessor pode ainda ser apontada: o cartel se dedica especificamente à transmissão da psicanálise. Já o dispositivo intercessor compõe com a psicanálise o referencial teórico que funda sua prática e pode, no dimpc, apontá-la como uma parte de um conhecimento transmissível (como veremos adiante), mas esse não é seu objetivo último.

Nesse sentido, o intercessor assemelha-se com o +1, mas é muito mais plástico do que ele; sua ética é mais abrangente e pode até conter a transmissão de conhecimento, mas isso é apenas uma parte de seus objetivos. O intercessor é o +1 com muito mais de um a mais.

O terceiro pilar teórico que sustenta o dispositivo intercessor é a análise institucional. Dentre suas contribuições, destacamos primeiramente que ambos têm como objetivo a produção de uma interferência no campo em que se inserem.

Apontamos, no entanto, uma diferença que parece não ser apenas terminológica. Lourau utiliza-se do termo *intervenção* para referir às formas de ação da AI. A intercessão não deve ser confundida com uma intervenção sob pena de recair na divisão fundamental do trabalho entre os representantes do saber-fazer e aqueles que executam. A intervenção parece só poder ser pensada através do Discurso da Universidade, segundo o qual um saber externo age sobre determinado campo pensado como objeto. Como já demonstramos anteriormente, a ética do dispositivo intercessor não é essa, mas sim a de incluir os sujeitos como produtores das mudanças e das rupturas.

Outra diferença que destacamos entre a intercessão e a AI refere-se às formações do intercessor e do analista institucional. No caso da AI, requer-se do analista uma formação que o habilite a apresentar-se a partir deste significante. Trata-

se de uma formação que compreende leituras fundamentais de Marx e Freud e que se dá *in vitro*. Diferentemente disso, no caso do intercessor, como se verá nos capítulos seguintes deste trabalho, a formação ocorre *in vivo*, ou seja, o intercessor se faz na prática, partindo de uma experiência já vivida como intercessor. Além disso, o referencial teórico para o intercessor compreende de Marx a J. Lacan.

As análises da Demanda e da Encomenda Social também derivam da AI e compõem o dispositivo intercessor apontando que o campo de análise deve ser entendido como “... incomparavelmente mais vasto que o campo de intervenção, limitado a um estabelecimento, a uma associação, etc.” (LOURAU, 1977, p. 131). Por isso, na intercessão não nos referimos apenas ao CIAPS, mas a todo o campo da Atenção Psicossocial com o qual pretendemos estabelecer (ainda que timidamente) parcerias e com os quais pudemos criar Redes. Igualmente, ao refletir sobre uma situação acontecida dentro do CIAPS, devem ser consideradas tanto a parte do coletivo presente na cena como aquelas ausentes, haja vista o fato de que todos compõem o campo de análise.

Destacamos uma grande semelhança entre o dispositivo intercessor e o conceito de *analizador* definido por Lourau (1977, p. 132) como “acontecimentos ou fenômenos reveladores e ao mesmo tempo catalisadores; produtos de uma situação que agem sobre ela” e que devem implicar sempre uma autodissolução tanto das formas sociais quanto dos próprios analisadores porque põem em crise o saber instituído (LOURAU, 1977, p. 135). Lourau ainda define analisador como “... aquilo que permite revelar a estrutura da organização, *provocá-la, forçá-la a falar.*” (LOURAU, 1995, p. 284)

O intercessor, tal qual o analisador, é um “fenômeno” que age sobre a situação na qual se insere funcionando como catalisador em um conflito de forças contraditórias já pré-existentes. Pretende, nesse sentido, que se ocupem as brechas existentes a fim de que as forças instituintes continuem vibrando e colocando a instituição em constante movimento até, quem sabe, um dia as forças hegemônicas – no caso deste trabalho aquelas que se verificam empiricamente através do que estamos chamando de medicalização – se tornarem obsoletas. Pretende ainda que, como efeito da des-medicalização da instituição, os usuários possam ser considerados

como sujeitos produtores de suas singularidades e que os “sintomas” sejam compreendidos como partes do processo de produção desses sujeitos.

Nesse sentido, um pouco diferentemente da psicanálise – que trabalha com o material surgido espontaneamente dos sujeitos – e também da análise institucional – que se propõe a uma intervenção –, o dispositivo intercessor parece situar-se num “entre” dessas duas concepções de ação. O que o dispositivo intercessor faz é apontar, catalisar, disparar a partir de sua inserção, em suma, o que se faz é uma provocação.

No entanto, aqui é preciso relembrar uma diferença fundamental entre a AI e o dispositivo intercessor que necessariamente decorre da psicanálise de Lacan e do materialismo histórico de Marx: o intercessor deriva seus apontamentos de uma experiência vivida como sujeito da práxis e, com eles, visa produzir uma alteração na estrutura social dominante (re)colocando os sujeitos no lugar de agentes do laço social.

São igualmente contribuições da AI para o dispositivo intercessor os conceitos de instituído e instituinte.

Por “instituinte” entenderemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como “significante” da prática social. No “instituído” colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política). (LOURAU, 1969, p. 47).

Dessa definição, o que interessa para caracterizar o dispositivo intercessor é o fato de que sua ação deve, como o instituinte, contestar as previsões feitas pela instituição de Saúde Mental e pelo Discurso Médico. Além disso, esses conceitos nos permitem fazer a leitura de que foi a partir do confronto entre instituído e instituinte que a instituição pôde, ao longo do tempo, se configurar tal como se apresenta hoje e é igualmente pela ação dessas forças que ela pode permanentemente se reorganizar.

Instituído e instituinte não existem independentemente. O instituído precisa do instituinte para continuar seu movimento do mesmo modo que o instituinte precisa do instituído no qual pode provocar as permanentes transformações. É nesse sentido que o intercessor se caracteriza como um dispositivo.

Por isso, podemos dizer que os Hospitais Psiquiátricos convivem pacificamente com as críticas que a eles se dirigem justamente porque podem se apropriar delas e se aprimorar. O grande desafio é poder reorganizar as forças instituintes, as pulsações presentes neste campo a fim de que elas possam continuar pulsando, continuar pondo a instituição em movimento. Esse é também o objetivo do dispositivo intercessor. Em *Os intercessores* (1992, p. 164), Deleuze diz que “todo novo estilo implica não um ‘golpe’ novo, mas um encadeamento de posturas, isto é, um equivalente de sintaxe, que se faz com base num estilo precedente e em ruptura com ele”.

A análise institucional propõe, tal qual a psicanálise, que o campo de análise não se restrinja apenas ao diretamente observável, quantificável, com possibilidade de ser reproduzido. Indica que o que pode interessar é o desvio, o erro.

Aquilo que habitualmente se considera escória da ciência – os inconvenientes e limites ao ponto de vista neutralista – deve ser, pelo contrário, colocado no centro da investigação. O importante para o investigador não é essencialmente o objeto que “ele mesmo se dá” (segundo a fórmula do idealismo matemático), mas sim tudo o que lhe é dado por sua posição nas relações sociais, na rede institucional (LOURAU, 1977, p. 85).

A partir de um pano de fundo teórico diferente do trabalhado até aqui, mas apontando para o mesmo sentido, Santos (2001) utiliza duas metáforas para se referir à forma de organização da sociedade contemporânea. Para isso, remete às noções de espelhos e estátuas.

Santos utiliza a idéia de espelhos para dizer que as instituições refletem a imagem da sociedade da forma como ela se encontra organizada num determinado estrato histórico. Para além desta imagem refletida (e mesmo para aquém) não existiria nada. Trata-se de uma concepção de não-naturalismo, por isso pautada na idéia de imagem refletida. As instituições, portanto, apenas refletem/repetem a organização social dominante.

... as sociedades são a imagem que têm de si vista nos espelhos que constroem para reproduzir as identificações dominantes num dado momento histórico. São os espelhos que, ao criar sistemas e práticas de

semelhança, correspondência e identidade, asseguram as rotinas que sustentam a vida em sociedade. (SANTOS, 2001, p. 47)

No entanto, como já vimos a partir da concepção de Processo de Estratégia de Hegemonia e da dialética, temos motivos para afirmar que não é só a organização social dominante que se reproduz, mas também aquelas alternativas.

Acontece que “quanto maior é o uso de um dado espelho e quanto mais importante é esse uso, maior é a probabilidade de que ele adquira vida própria” (SANTOS, 2001, p. 48). Ao “adquirir vida própria”, o espelho que apenas refletia a organização social transforma-se em “estátua”. Este parece ter sido o caso do saber médico.

As estátuas seriam os mesmos reflexos dos espelhos, porém já cristalizados no lugar de dominação, engessadas e que, com seu olhar, sobredeterminariam o modo de ser da sociedade. Ocorre, portanto, uma inversão: a instituição que antes refletia a sociedade, a partir de agora, vai determiná-la e organizá-la. Essas idéias nos permitem pensar a instituição médica como uma estátua que sobredetermina o modo de se produzir saúde dentro de um paradigma moderno que compreende o princípio doença-cura.

Ainda à luz das proposições de Santos (2001, p. 50) podemos pensar o Paradigma da Modernidade assentado sobre dois pilares: o da regulação e o da emancipação. Regulação que seria dada pelo Estado, pelo mercado e pela Comunidade. A emancipação seria determinada pelas três lógicas da racionalidade de Weber: racionalidade estético-expressiva das artes e da literatura; racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da tecnologia; e racionalidade moral-prática da ética e do direito. Entre esses dois pilares, diferentemente do almejado pelo paradigma da modernidade, não há equilíbrio. Ora maximiza-se um pilar (ou um de seus eixos), ora outro (ou outros eixos).

Santos aponta como nos últimos dois séculos, com o advento da Modernidade, a ciência foi se apropriando do pilar da emancipação. Em nome do conhecimento científico produzem-se cada vez mais excluídos, pobres, famintos, anormais. Uma vez identificada e traçada a pretensa normalidade com base nos conhecimentos científicos, aqueles que não se adequarem ao seu crivo estarão sob a

mira dos especialistas que certamente saberão como fazê-lo. Neste sentido, o autor afirma que um dos fatores determinantes dessa apropriação é o desenvolvimento excessivo do Mercado em detrimento do Estado e da Comunidade.

As ações científicas na contemporaneidade parecem exigir de nós cada vez mais conhecimento sobre suas conseqüências, isto é, o ato científico deseja mais ciência (seria uma forma de reprodução da relação social dominante: o capital só deseja mais capital). O Discurso Médico repete essa relação: quanto mais amplia suas nosografias diagnosticáveis, mais solicita novos medicamentos e novas tecnologias para lidar com as doenças. E assim, vice-versa: ao criar novos medicamentos e tecnologias, traz consigo a necessidade de novas nosografias.

No entanto, o novo paradigma que parece estar se desenhando foge aos preceitos modernos de racionalidade e de cientificidade positivistas. Enquanto no Paradigma da Modernidade há a elaboração de leis sobre o comportamento dos corpos (também presente no Discurso Médico) e o pressuposto positivista de ciência para o qual o passado se repetiria no futuro de modo ordenado e estático, no novo paradigma a realidade não estaria amarrada a leis, mas sim lastreada nos acidentes aleatórios, flutuações imprevisíveis, desvios que seriam considerados como meios de afirmação, história...

Dessa forma, o dispositivo intercessor parece ser coerente com os pressupostos do paradigma emergente ao propor, a partir da ética da Atenção Psicossocial, que se atente àquilo que a ciência positivista considera como descartável ou indesejável: pessoalidade, subjetividade, sintoma, produção de saúde inseparável da produção de subjetividade, produção de saberes que não sirvam diretamente ao capital e sim aos próprios sujeitos que os produziram, produção de saberes singulares...

Ainda de acordo com Santos (2001), na proposição de novas utopias, de novos modos de fazer/pensar, deve-se partir de caracteres relegados, de segunda categoria, pormenores, descuidos, como matéria-prima para o “Novo”. Na verdade, como já insinuamos, esse “Novo” não é absoluto, pois que se trata de algo desprezado e remanescente de uma realidade.

Do modo como apontamos que estão configuradas as relações, tanto a noção de “estátuas institucionais” quanto a caracterização do Paradigma da Modernidade a partir do eixo regulatório fazem transparecer uma relação de poder entre o discurso médico e seus operadores (nos quais estão incluídos a concepção de objeto, os meios de produção, suas tecnologias, sua concepção de produção de saúde).

Família, escola, fábrica, universidade, hospital: instituições que repousam sobre uma nítida divisão das funções através da divisão do trabalho (servo e senhor, professor e aluno, empregador e empregado, médico e doente, organizador e organizado). Isto significa que o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm (BASAGLIA, 1985, p. 101).

De acordo com Lebrun (1984, p. 14) “... ter poder não é, basicamente, estar em condições de impor a própria vontade contra qualquer resistência. É, antes, dispor de um capital de confiança tal que o grupo delegue aos detentores do poder a realização de fins coletivos”. É como a autoridade de um sábio ou de um autor reconhecido em determinado campo: ambos podem exercer certo poder sobre o coletivo. É isso que nos sugere o Discurso da Universidade ou o lugar de sujeito-suposto-saber confundido com aquele que sabe.

Na instituição de Saúde Mental na qual imperem os saberes/poderes modernos, uma forma de exercício deste poder é através da compreensão de que sua clientela é acometida por uma doença. Baseados nesta análise, podemos pensar, junto com Basaglia, que os trabalhadores institucionais seriam executores de uma violência técnica contra os usuários dos serviços. Nessa conjuntura de violência, os contatos com os pacientes serviriam como meios de mapear seus comportamentos e somar aqueles até então não catalogados à lista dos indesejados. A partir da ampliação destas nosografias, novas tecnologias seriam criadas para manejá-las e, com elas, realimentar o ciclo, retornando ao contato com os pacientes. Portanto, a única forma de não repetir esta violência seria recusando o mandato social historicamente atribuído aos técnicos e construído sobre o saber canonizado.

Aceitando nosso mandato social garantimos, portanto, o desempenho de um ato terapêutico que não passa de um ato de violência em relação ao excluído que nos foi confiado para que controlássemos tecnicamente as suas reações diante do excludente (BASAGLIA, 1985, p. 103).

Nesse sentido, pensamos que o dispositivo intercessor representa um meio de superar essa forma de exercício de poder. Embora saibamos que toda relação é relação de poder, o que o dispositivo intercessor busca fazer é devolver aos Sujeitos a capacidade de criar seus próprios saberes e, dessa forma, barrar o poder que se exerce sobre eles. Não se trata, portanto, de inverter a relação de poder passando os usuários da posição de sujeitos a “sujeitantes”, mas sim à de Sujeitos.

O que pretendemos com o dispositivo intercessor é, junto com os Sujeitos, produzir saber nas brechas do poder. “Saber” entendido como organizado a partir do não-saber, isto é, daquilo que escapa ao “poder” representado pelo discurso universal. Portanto, não estamos mais falando de uma forma de relação na qual se exerce um saber/poder sobre um paciente, mas sim de uma relação muito específica que compreende que ali há um Sujeito que se representa numa relação entre significantes ($S_1 - \$ - S_2$).

Para isso o intercessor encarnado vai a campo: para “colher dados” que o permita, sempre em parceria com os demais atores institucionais, questionar a universalidade enunciada pelo saber/poder médico e construir estratégias coletivas para operar de dentro de outro modo de produção de saúde que não seja pautado na organização do MCP. De acordo com Deleuze (1992, p. 157): “... às ficções pré-estabelecidas que remetem sempre ao discurso do colonizador, trata-se de opor o discurso de minoria, que se faz com intercessores”.

As análises realizadas até aqui parecem nos permitir dizer que a medicalização é – tanto em seu aspecto de ação a partir do Discurso Médico quanto na prescrição *a priori* de medicamentos – uma forma de realização tecnológica moderna através da qual o saber de uma psiquiatria se atualiza e se separa totalmente daquele da psicoterapia na qual o dispositivo intercessor tem suas bases teóricas e epistemológicas e segundo o qual os Sujeitos são os únicos meios de produzir Sujeitos.

3.2 O dispositivo intercessor como meio de produção de conhecimento (dimpc)

Realizada a inserção na práxis da instituição através do dispositivo intercessor, podemos agora pensá-lo como meio de produção de um conhecimento que é diferente daquele produzido no primeiro momento.

Esse segundo tempo da intercessão (dimpc) servirá para confrontar algumas situações vividas no campo com a teoria e os discursos estabelecidos de modo a evidenciar contradições entre o observado e as formulações prévias já acumuladas nas prateleiras das bibliotecas. Os “resultados da pesquisa”, os dados colhidos no momento da intercessão na práxis, pareados com os Universais nos permitirão produzir novos saberes.

O confronto entre os dados colhidos durante os contatos estabelecidos no período da intercessão e os discursos universais deve permitir com que a equipe elabore uma questão e que a mesma seja tomada como questão de trabalho a partir da qual se poderá produzir um novo saber. “A questão não é tanto convencer, mas ser claro. Ser claro é impor os ‘dados’ não só de uma situação, mas de um problema. Tornar visíveis coisas que não o seriam em outras condições.” (DELEUZE, 1992, p. 158).

Como sustentação teórica para isso, apoiamos na dialética uma conclusão que interessa ao dispositivo intercessor como meio de produção de conhecimento: os processos de produção de conhecimento devem se remeter prioritariamente à práxis naquilo que ela confronta o “saber sabido”. Portanto, antes de uma produção especializada, que supõe a divisão do trabalho entre especialismos e a separação entre fazer e pensar, o método de conhecer deve *servir para* operar no desenvolvimento da própria práxis (FODRA, 2007, p. 94). Um dos objetivos do dimpc seria, portanto, produzir pensamento e não interpretar dados de maneira impessoal.

Na segunda etapa do nosso trabalho, após ter sido um facilitador para a produção do conhecimento (e do não-saber) que se deu no campo da práxis cotidiana

do CIAPS, vamos produzir como intercessor um saber outro que tratará de como o saber da práxis foi construído.

Neste tempo segundo, a posição do intercessor se modifica: assume o lugar de sujeito que traz à baila saberes estabelecidos, saberes que se pretendem concluídos de modo a poder, a partir da experiência da práxis da instituição, discuti-los, questioná-los, complementá-los ou redirecioná-los, inclusive em sua estrutura discursiva.

Numa análise um pouco mais detalhada, podemos dizer que, embora neste momento haja um diálogo com a teoria que poderia imediatamente remeter à imagem e função do acadêmico, esse diálogo tem a finalidade instrumentalizar a práxis de outros que se proponham a ser intercessores dentro de um processo de produção que estamos chamando saúde-adoecimento-Atenção-Atenção-formação-produção de conhecimento.

Não se trata, portanto, de um saber *sobre*, mas de um saber *para*. A preposição *para* também pode induzir ao erro de entendermos que o saber produzido pelo dimpc será “entregue para” os trabalhadores e que eles o assimilarão ou não conforme julgarem apropriado. Não é disso que se trata. 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. Dessa forma, temos também como desdobramento que o resultado do dimpc não é aleatório, não se trata de uma confabulação teórica, mas que ele se dirige a atores específicos.

Então, neste segundo momento, ao produzir um saber que servirá também à Universidade, mas muito mais para operar a partir de outros que se pretendam futuros intercessores ou que já o sejam, estamos produzindo um saber que não é cabal, mas que tem em vista apontar as contradições em relação àquele que já se considera pronto e superá-lo dialeticamente. Além disso, o saber produzido através do dimpc deve ser capaz de apontar os sucessos tanto quanto os insucessos da intercessão. Como já dissemos anteriormente, o intercessor não se trata de um modelo positivista de pesquisa, mas sim de uma tentativa de produzir interferências num campo. Sendo assim, os insucessos devem ser analisados a fim de que se possa pensar quais outros caminhos poderiam ser seguidos naquela situação. É importante saber por que não deu

certo e, quem sabe a partir disso, indicar algo que possa orientar melhor uma próxima proposta de intercessão.

É para isso que deve servir o conhecimento produzido pelo dimpc: para que outros trabalhadores possam operar, interceder nas suas realidades. Também por isso diferenciamos nosso trabalho da pesquisa tradicional, pois ele não servirá como informativo, senão que se pretende operativo.

Pretendemos com o dimpc produzir um saber que possa se inscrever nas brechas do Discurso Universitário. O que o Discurso Universitário faz ao traduzir algo que tem suas próprias leis é matá-lo, é dizer de sua verdade, só que, necessariamente, sempre pela metade. É por isso que, com o dimpc, não pretendemos ensinar algo aos leitores ou sequer dar exemplos de como fazer. Antes disso, pretendemos oferecer condições para que aqueles que eventualmente tenham alguma questão, ao buscar este trabalho, possam encontrar ferramentas que os auxiliem em suas realidades.

Retomando a analogia feita há pouco sobre o intercessor ser para a instituição análogo ao que terapeuta é para o paciente, podemos dizer o seguinte: depois de atender um paciente, o analista pode decidir escrever sobre aquele caso, teorizar, dizer quais foram os desafios, os erros cometidos, os sucessos logrados, os operadores de que lançou mão para realizar aquele trabalho.

Este saber segundo, que deriva necessariamente de uma inserção e de uma análise do campo, em nada interessa ao paciente, mas sim a outros terapeutas. Os pacientes, ao menos no momento da análise, nada querem saber sobre Complexo de Édipo, Castração, Transferência-Contra-transferência, Paradigmas, neurônios, sinapses, assepsia médica... nem o terapeuta deve operar com eles sob o risco de, priorizando-os, não perceber as novas relações que podem se estabelecer naquela situação. Mas esses diversos conceitos produzidos interessam a outros profissionais que também pretendem se inserir ou que já estejam inseridos num campo de atuação semelhante. É para eles que serve este saber produzido posteriormente.

Para que possamos utilizar o dispositivo intercessor como meio de produção de conhecimento, o material do trabalho “colhido”, vivido, durante sua operacionalização na práxis é extremamente rico e importante e servirá para

caracterizar o campo e, a partir dele, das particularidades lá observadas, poder confrontá-lo ao conhecimento já acumulado e pretensão Universal.

Outra consideração sobre o dimpc: derivamos da AI que a práxis deve servir como referência para a elaboração de um saber. Ao propor o dispositivo intercessor como meio de produção de conhecimento, pensamos o intercessor encarnado como capaz de

... enunciar proposições [...] extraídas das relações que estabelece entre as práticas sociais e a sua própria prática social, sempre menos rica que a das categorias ou dos grupos confrontados diretamente (originariamente) à exploração [...] O intelectual não é o analisador e sim o analista com possibilidade de tomar consciência dos efeitos dos analisadores que desencadeiam sua intervenção... (LOURAU, 1977, p. 80).

Ao dizer que o intelectual não é [mais] o analisador e sim o analista, reafirmamos o entendimento de que o saber produzido pelo intercessor através do dimpc deve servir apenas como instrumentalizador para outros intercessores e que um analista deveria ter em consideração os diversos aspectos da realidade a ser analisada, inclusive a própria inserção do intercessor como sendo um dos analisadores envolvidos.

Também podemos dizer que o trabalho derivado do dimpc não é mais um analisador para a realidade a partir da qual ele foi produzido; a função de intercessor no campo se encerra no campo. Depois, quando fora dele, quando derivadas dele, as análises sobre os analisadores já não servem mais para aquela realidade; o que se produz a partir daí serve apenas como meio de instrumentalizar ou de propiciar a criação de outros analisadores ou intercessores.

O intercessor em campo se aproxima muito mais de um analisador do que de um analista, embora haja diferenças. Já no momento da elaboração de saber sobre a intercessão, ou seja, do dimpc, o intercessor deve desempenhar tanto a função de analista que olhará para os efeitos dos analisadores no campo quanto a de analisador que vai disparar confrontos com os saberes instituídos e, em consequência disso, elaborar de novos saberes.

Além disso, o saber produzido a partir do dimpc servirá como intercessor junto a seus parceiros, pois deve colocá-los no lugar de trabalho, sendo, portanto, não um exemplo que possa ser copiado, mas se pretendendo operador. Como diz Lourau (1977, p. 81): “há primazia do analisador sobre o analista, ainda que este último seja simultaneamente um analisador extraordinário”.

Diante de todas essas considerações, não podemos deixar de dizer que o dispositivo intercessor implica num fomento e fortalecimento dos movimentos que são “efeitos de uma verdadeira luta pela hegemonia de visões teórico-técnicas, ideológicas, culturais e éticas que se expressam já em uma práxis na qual podemos visualizar uma transição paradigmática do PPHM para o PPS⁵”.

⁵ PPHM: Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador; PPS: Paradigma Psicossocial (COSTA-ROSA, 2000). Estes Paradigmas serão melhor trabalhados nos capítulos seguintes.

4 RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA COMO INTERCESSOR

Após a exposição dos referenciais teóricos que sustentaram nossa prática enquanto intercessores, vamos, neste capítulo, relatar trechos de uma experiência vivida no campo da Atenção Psicossocial, mais especificamente a partir de minha inserção num CAPS II de uma cidade do interior do estado de São Paulo com cerca de 90 mil habitantes. Por uma questão de organização textual, a experiência será relatada nos termos em que foi vivida. Em seguida, faremos uma análise dessas situações e discutiremos os termos empregados.

Como já foi dito anteriormente, nessa instituição funcionam conjuntamente o CAPS II e o Ambulatório de Saúde Mental da cidade. Responsável por ambos os programas, a equipe era composta no início da intercessão por 01 coordenadora com formação em psicologia, 04 psicólogos, 01 assistente social, 02 psiquiatras, 01 enfermeira, 02 auxiliares de enfermagem, 01 auxiliar de serviços gerais e 04 auxiliares administrativos (responsáveis pelo agendamento das atividades e pelos serviços burocráticos). Alguns meses depois, mais precisamente na mudança do ano de 2008 para 2009, a assistente social foi transferida para outra unidade e houve a contratação de 01 terapeuta ocupacional.

Inicialmente, devo dizer que minha entrada como intercessor não se deu a partir de uma demanda expressa da instituição, ou seja, minha função como intercessor não foi solicitada. Diferente disso, fui eu que me apresentei à unidade como tal e, tendo exposto meu objetivo de realizar uma pesquisa acadêmica para o mestrado cujo tema era a relação entre psicoterapia e psicofármacos, tive minha proposta aceita pela equipe.

Por se tratar de uma “metodologia de pesquisa” ainda em desenvolvimento, em construção, naquele momento não estava muito claro para mim (muito menos para a instituição) qual seria propriamente o papel do intercessor. Foi ao longo do trabalho que pude lapidar, aprimorar e operar com mais propriedade esse dispositivo.

Passados alguns dias do primeiro contato com a coordenação, havia um usuário do CIAPS, que chamarei de Sujeito 1 (Suj.1), que estava numa então chamada

crise. O que se passava era que ele se recusava a tomar os medicamentos prescritos e como consequência disso estava muito agitado.

Associando esse fato ao meu interesse em pesquisar questões relacionadas ao uso de medicamentos na Atenção Psicossocial, a coordenação do CIAPS entrou em contato comigo e me convidou para atender o referido usuário em psicoterapia dizendo que se tratava de um caso bipolar⁶; o convite foi prontamente aceito.

Na semana seguinte, fui à instituição para conversar com o Suj.1 e propor um contrato de psicoterapia caso ele tivesse interesse nisso. O contrato foi feito, tendo ficado combinadas duas sessões semanais.

As sessões psicoterápicas do Suj.1 tinham como orientação teórica a psicanálise lacaniana. Assim, os assuntos tratados nos encontros eram aqueles elegidos pelo próprio Sujeito, cabendo a mim, enquanto psicoterapeuta, apenas fazer escansões, apontamentos, cortes de sentido. Durante as sessões, em nenhum momento incitei qualquer discussão sobre o uso ou não dos medicamentos. Apesar disso, nas primeiras sessões, que aconteceram regularmente, o Suj.1 chegava afirmando que tinha voltado a tomar os medicamentos prescritos e que ele se sentia bem.

Após algum tempo de atendimento, o Suj.1 começou a apresentar alguns comportamentos que foram entendidos pela equipe como indicadores de crise ou desestabilização. Assim, fui convidado a participar da reunião geral para discutir o caso juntamente com os demais profissionais.

Sem pretender aqui discutir as especificidades do caso, importa dizer que a diferença entre as observações e o manejo do caso se devia ao fato de que a equipe via o Suj.1 como estando muito eufórico, sem limites, “em mania”. Diziam que, em decorrência dessa euforia toda, o Suj.1 raramente participava integralmente das atividades oferecidas, quer dizer, que ele saía no meio delas. Afirmavam ainda que sempre que esses sintomas apareciam estavam associados a uma nova paixão. Diante de tudo isso, parecia haver um consenso de que ele precisava ser medicado para conter os sintomas, além de ter uma oferta psicoterápica persistente.

⁶ Muito se poderia dizer sobre este termo diagnóstico. No entanto, vamos apenas referir que transtorno afetivo bipolar é o modo como atualmente a psiquiatria denomina os casos que até alguns anos atrás eram chamados de Psicose Maníaco-Depressiva (PMD) e que a psicanálise ainda denomina como Melancolia.

Eu, um pouco mais situado no papel do intercessor, pude discutir com os demais componentes da equipe se essas não seriam expressões da potência desse Sujeito e da vontade que ele tinha de se relacionar afetivamente, mas que ele, por algum motivo que deveria ser mais detidamente trabalhado, não conseguia efetivar essa relação, resultando que ele apresentasse aqueles impasses. Propus ainda que deveríamos pensar se não seria o caso de oferecermos uma Atenção para além ou para alguém dos medicamentos e da psicoterapia.

Diante da discussão e das propostas, a equipe informou que o Suj.1 já participava de algumas oficinas oferecidas pelo CIAPS e ainda de uma banda formada por usuários e estagiários do curso de Psicologia. Sendo esses os recursos dos quais dispúnhamos, ficou combinada uma espécie de tratamento ou de atenção intensiva sobre ele: as indicações dos medicamentos e da psicoterapia foram mantidas como necessárias e, além disso, todos deveríamos insistir para que ele se vinculasse às demais atividades propostas como complementares.

Esse parece ser o momento que melhor caracteriza minha admissão como intercessor na equipe que passou a me convidar para todas as Reuniões Gerais. Nesses encontros, foi possível operar de diversas formas como intercessor, permitindo-me insistir na criação de novos lugares e na ressignificação do campo.

Apesar da insistência constante com o Suj.1, alguns meses depois ele começou a faltar às sessões de psicoterapia e a freqüentar cada vez por menos tempo as oficinas oferecidas. Mostrando sempre muita atividade, seu argumento era de que tinha que fazer alguma coisa fora da unidade ou que deveria participar de outra atividade que estava acontecendo simultaneamente lá mesmo no CIAPS e que, portanto, não poderia fazer o que estava previsto para ele naquele momento.

Nova reunião para discutir o que fazer em relação ao Suj.1. Diante da fala de um dos técnicos de que, apesar das faltas às sessões e às atividades propostas e de haver certa suspeita de que ele não estivesse tomando os medicamentos à risca, o Suj.1 “está conseguindo se relacionar com outras pessoas, não tem apresentado comportamentos considerados excessivos, tem circulado por vários lugares da cidade, ou seja, ele está, do jeito dele, mantendo relações normais”. Propus neste caso, que, diferentemente do que tínhamos feito há alguns meses, ao invés de insistir para que ele

freqüentasse as atividades, pudéssemos deixá-lo mais à vontade para que ele fosse apenas àquelas que quisesse, quando quisesse e por quanto tempo tivesse vontade a fim de que pudéssemos compreender melhor a forma como ele se apresentava para nós e, com isso, oferecer uma escuta mais diferenciada. A equipe considerou a colocação e achamos que seria possível operar dessa forma. Assim fizemos.

É certo que o Suj.1 ainda manifestava certa euforia e que continuava flutuante entre as atividades oferecidas na instituição, mas naquele momento, pareceu que os olhares que se lançavam sobre ele como objeto de uma intervenção técnica retrocederam e ele pôde continuar a se expressar e relacionar “do jeito dele”.

Com minha participação nas reuniões, foi possível ampliar o campo de intercessão. Para isso, além dos atendimentos ao Suj.1, comecei a participar de outras atividades junto aos trabalhadores e usuários. Dentre elas, destaco uma Oficina de Culinária, chamada “Rotas Gastronômicas”, oferecida por mim e outra psicóloga cuja inserção naquele CAPS se deu através do Programa de Aprimoramento Profissional, participação em atividades comemorativas (Festa Junina e Eventos relacionados à Semana da Luta Antimanicomial) e inúmeras conversas informais que pudemos estabelecer no espaço da instituição na hora do café, do almoço ou mesmo nos corredores durante os intervalos entre as atividades.

A oferta da Oficina derivou de interesses dosicineiros. Particularmente, somos pessoas que apreciam cozinhar, comer bem e fazer desses momentos oportunidades de comensalismo. Além disso, acreditamos nesse recurso como possibilidade de produção de subjetividade. Junte-se a isso algumas situações presenciadas pelos demais técnicos nas quais os usuários referiam ter habilidades culinárias e interesse em comer outras coisas que não apenas o oferecido pela unidade. Estava dada a receita.

Inicialmente, reunimos alguns usuários a fim de investigar quais deles gostariam de realizar uma oficina com essa temática. Tendo alguns deles corroborado a idéia, listamos algumas receitas para que pudéssemos providenciar os ingredientes e utensílios. Quando começamos a oferecer a Oficina, os pratos constantes da lista eram escolhidos tendo como parâmetros o tempo disponível e os recursos financeiros.

A Oficina funcionava de modo aberto, com participantes que estivessem no CIAPS no momento de sua realização. Como as atividades eram realizadas todas as semanas no mesmo horário, alguns usuários participavam assiduamente enquanto outros apareciam vez por outra. Trabalhando uma variedade de receitas, pudemos fazer uma contextualização de suas origens trocando com os participantes conhecimentos sobre outras culturas e fazendo jus ao título da Oficina.

Com o transcorrer da Oficina, pensamos em estimular a sinestesia e passamos a aliar a música à atividade culinária, sempre em consonância com o prato desenvolvido naquele dia. Estimulamos também o olfato quando fizemos um bolo com especiarias e, antes de juntarmos os ingredientes, pensamos e sentimos cada uma delas e quais eram as memórias evocadas.

A compra dos ingredientes necessários à elaboração das receitas escolhidas era feita em conjunto entre osicineiros e os usuários. Todos nos dirigíamos ao Supermercado, escolhíamos os ingredientes e voltávamos ao CIAPS para executar a receita.

Certa vez, numa dessas idas ao Supermercado, nósicineiros conversávamos sobre a necessidade ou não de irmos todos comprar os ingredientes ou se poderíamos nos dividir para adiantar o processo, pois, muitas vezes, tínhamos que correr no fim da Oficina devido ao fato de alguns usuários irem embora com transporte da unidade o que, de certa forma, limitava o tempo do nosso encontro. Diante disso, incluímos todos os participantes na decisão, ao que um deles, que chamaremos de Sujeito 2, respondeu: “Eu gosto de sair com vocês e ir no Supermercado”. Depois disso, nossa discussão não tinha mais sentido; o simples fato de ele gostar já era um argumento suficiente para mantermos as idas com aqueles que quisessem.

Todos os participantes eram convidados a ajudar tanto na organização, no preparo e na execução dos pratos quanto na limpeza da cozinha. Dentre os movimentos possibilitados pelo nosso trabalho, queremos destacar alguns que se mostraram casos particulares e que nos permitiram confrontar o discurso que emergia da práxis dessa instituição.

Por se tratar de uma unidade que funciona nos períodos da manhã e da tarde, alguns Projetos Terapêuticos são elaborados de maneira que os usuários

possam freqüentar as atividades em determinado horário, mas que tenham também tempo livre para poder usar como bem entenderem (visando à desinstitucionalização). No entanto, existem casos que necessitam (?) estar na unidade em tempo integral, necessidade esta alegada sob os mais variados argumentos. Assim, para estes usuários, eram oferecidas três refeições: café-da-manhã, almoço e café da tarde. O cardápio dos cafés raramente variava. Já o almoço, com um cardápio um pouco mais amplo, era preparado em uma cozinha-piloto, numa parceria com a Secretaria Municipal de Educação, e levado ao CIAPS em grandes panelas.

Há algum tempo, criou-se na instituição um imaginário de que os usuários não sabiam se servir e que, nas tentativas de fazê-lo, eles acabavam derrubando muita comida fora dos pratos, fazendo uma sujeira sem fim, isso sem contar o desperdício de comida, pois muitos acabavam se servindo em quantidade bem superior à que de fato comeriam. A partir desse imaginário, os usuários passaram a ser servidos pelos profissionais da instituição que se revezavam numa espécie de rodízio.

Nossas atividades das oficinas demonstraram, no entanto, que, na maioria das vezes, o referido descuido não acontecia. Nelas, os próprios usuários se serviam, de modo geral com parcimônia e sem fazer tanta sujeira. É lógico que algumas vezes alguém errava a mira e acabava derrubando, mas esses fatos mostraram-se como exceções e não como regra tal qual apregoava o discurso institucional.

Gostaríamos de lembrar duas situações peculiares: a primeira delas, logo nos primeiros encontros, quando uma usuária, que chamaremos de Sujeito 3, roubou a cena ao desenvolver receitas de coxinha e esfirra. Primeiramente, roubou a cena devido à mestria com que fazia os salgados. Depois, no que se refere à sua “liderança forçada” devido mesmo à sua hipótese diagnóstica. Esse é um exemplo caro que nos permitiu pensar as vantagens de trabalhar as oficinas como mais uma forma de alimentar a intercessão, haja vista que ela pôde trazer à cena os significantes pelos quais a Suj.3 se apresentava à instituição. Essa representação pôde ser trabalhada mais detidamente em outros contextos por outros profissionais com os quais pudemos discutir o caso e apontar suas particularidades.

A segunda situação que gostaríamos de destacar refere-se a outra usuária, que vamos chamar de Sujeito 4, que especificamente nesse dia serviu-se da Oficina

como espaço privilegiado de afirmação de seu protagonismo. Ao levar uma receita de quibe, fugiu ao tradicional costume de hidratar o trigo. Após insistentes tentativas de dissuadi-la dessa proposta, acabamos cedendo e ela fez o quibe com o trigo seco que, para surpresa de todos, acabou dando certo.

Além do início da oferta das oficinas, minha admissão como intercessor me propiciou estar mais constantemente presente no CIAPS. Isso me permitiu observar algumas situações que não puderam ser trabalhadas naquela ocasião, mas que certamente poderiam servir de material de fomento para outras ações intercessoras.

Uma das observações que pretendo destacar é sobre os inúmeros casos que cotidianamente chegavam ao CIAPS demandando apenas medicamentos ou internações. Diversos usuários procuravam o serviço a fim de obter uma consulta médica psiquiátrica da qual acreditavam que sairiam com uma prescrição medicamentosa, isto é, o que eles demandavam claramente eram os medicamentos.

Um pouco diferente desses casos eram aqueles nos quais os usuários procuravam a equipe para obter ajuda em relação a determinado sofrimento que atribuíam ao campo psíquico e diziam que não sabiam muito bem o que estava acontecendo nem o que fazer em relação a isso. Esses casos eram encaminhados aos Pronto Atendimentos Psicológicos.

Ao mesmo tempo em que oferecíamos as Oficinas, um usuário semi-intensivo do CIAPS (que chamarei de Sujeito 5) havia sido internado na ala psiquiátrica de um Hospital Geral a pedido da família, pois alguns dias antes “ele havia andado sem rumo por várias horas achando que era o Super-Homem, que tinha super-poderes e que poderia, então, fazer o que quisesse e andar quanto e para onde quisesse”.

Por ocasião de sua alta hospitalar, pensamos que seria importante um acompanhamento ao menos ambulatorial do Suj.5. A equipe perguntou sobre meu interesse em assumir as sessões psicoterápicas ao mesmo tempo em que o Suj.5 freqüentaria outras atividades na unidade. Tendo me parecido um caso interessante para pensar o processo medicalização/desmedicalização, assumi o acompanhamento.

A partir de algumas sugestões da equipe, contratei com o Suj.5 que as sessões ocorreriam duas vezes por semana e que, além disso, ele deveria participar de várias oficinas, haja vista o fato de que ele permaneceria freqüentando a unidade, ao

menos temporariamente, de modo intensivo (todos os dias, nos dois períodos de funcionamento).

De maneira análoga ao caso do Suj.1, com o Suj.5 as sessões psicoterapêuticas também tinham como orientação teórica de psicanálise lacaniana de modo que os temas trabalhados eram aqueles evocados pelo próprio Sujeito. De novo, durante as sessões, em nenhum momento induzi qualquer discussão sobre o uso ou não dos medicamentos.

Logo nas primeiras sessões, o Suj.5 queixava-se de efeitos colaterais dos medicamentos que estava usando. Referia que sentia muita fome, sono e nenhuma vontade de fazer nada. Diante de suas queixas e de uma vontade de iniciar com ele um processo de retirada dos medicamentos, me propus a conversar com o psiquiatra responsável pela indicação e negociar a troca ou diminuição dos fármacos. Ao ouvir as informações do caso, o psiquiatra lembrou-se do Suj.5, consultou seu prontuário e rapidamente diminuiu a dosagem de um dos medicamentos prescritos além de facultar o seu consumo.

Impelido pela possibilidade do êxito da tentativa de desmedicalizar (entendido aqui apenas como retirada dos psicofármacos) e satisfeito com a disponibilidade do psiquiatra, encerrei a conversa.

Algumas semanas depois, numa reunião de equipe, tivemos a oportunidade de pensar o caso do Suj.5 mais detidamente. Minha leitura, naquele momento, era de que ele estava apresentando delírios e referindo pensamentos suicidas, fatos que me levaram a propor à equipe que reavaliássemos as indicações medicamentosas a fim de trocá-las ou até mesmo retornar à dose inicial, isto é, aumentando a prescrição.

Argumentando conhecer o caso do Suj.5 já há algum tempo, outros componentes da equipe expuseram sua compreensão afirmando que as referências aos delírios e pensamentos suicidas tratavam-se, na verdade, de atuações e propuseram, dessa forma, um projeto terapêutico que incitasse mais a sua circulação autônoma pela cidade, que ele freqüentasse a unidade apenas nos dias que tivesse psicoterapia, além de uma oficina de música. Sobre a psicoterapia, pensamos que deveria ser oferecida uma escuta bastante atenta às manifestações daquele Sujeito.

Ainda houve uma exposição, por parte do psiquiatra, dos motivos pelos quais os medicamentos deveriam ser mantidos ainda que em dosagens reduzidas.

Diante da exposição dos demais profissionais (principalmente a do psiquiatra que certamente foi definitiva naquele contexto), o coletivo decidiu reduzir a frequência das atividades oferecidas ao Suj.5 e manter as doses diminuídas dos medicamentos. Assumimos essa proposta por mais dois meses, período no qual o Suj.5 parou de referir os delírios e os pensamentos suicidas e passou a questionar algumas relações familiares que, segundo ele, o sufocavam. Além disso, começou a freqüentar a biblioteca pública, chegou a iniciar um curso de informática e a colher informações sobre um Cursinho Pré-Vestibular dizendo que pretendia entrar em uma faculdade.

Depois desse período, o Suj.5 abandonou as sessões de psicoterapia e as oficinas do CIAPS indo para lá apenas para buscar os medicamentos. Em contatos por telefone, ele disse ter também abandonado a perspectiva do cursinho e que tem saído pouco de casa.

5 REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA ou A APLICAÇÃO DO DIMPC

Após ter realizado uma intercessão num determinado campo, as experiências vividas podem ser trabalhadas e analisadas de modo que possam ainda produzir outras intercessões. Estas últimas, no entanto, já não se dirigem àquele campo que podemos chamar de primário, mas trata-se de intercessões “de segunda-mão”. No caso deste trabalho, referem-se a intercessões no campo da Universidade.

Para começar este segundo movimento, é preciso dizer que as experiências que acabamos de relatar aconteceram no bojo de uma determinada conjuntura que não pode ser desconsiderada: durante um período de sete meses, a intercessão aconteceu simultaneamente a uma Análise Institucional no CAPS. Além disso, precisamos destacar a presença de diversos estagiários do curso de psicologia que, sem dúvida alguma, influenciaram e ainda influenciam nas formas de organização da instituição e nas condições dos próprios usuários e familiares. Merece igual destaque a disponibilidade da equipe em discutir sua realidade e se reposicionar diante dela e o fato que o CIAPS ainda contou durante todo o período da intercessão com seis psicólogos do Programa de Aprimoramento Profissional da Secretaria Estadual de Saúde, sendo 3 no ano de 2008 e 3 em 2009.

Retomemos agora alguns pontos das experiências relatadas a fim de confrontá-los com os pressupostos teóricos que as orientaram e produzir, então, algum saber localizado nas brechas do Discurso Universitário que possa servir para outros intercessores – mas não a quaisquer, senão àqueles que se incluam no processo de produção saúde-adoecimento-Atenção-Atenção-formação-produção de conhecimento.

Em outras palavras, o que fazemos ao aplicar o dimpc é nos organizarmos a partir do Discurso da Ciência que seria homeomorfo ao Discurso da Histeria. Assumindo o lugar do Sujeito, visamos provocar o saber-sabido de modo que se produzam novos conhecimentos sobre uma dada realidade, embora saibamos que este conhecimento será sempre não-todo. ($\$/a \rightarrow S_1/S_2$).

Inicialmente, tratemos sobre a entrada do intercessor na unidade. No caso do nosso trabalho, quando me apresentei à coordenação do CIAPS, alguns elementos parecem ter facilitado a relação transferencial e a ocupação de um lugar de sujeito-

suposto-saber: apresentando-me como psicólogo formado por uma universidade pública cuja prática já era conhecida pela unidade e fazendo referência ao meu orientador no mestrado, a coordenação assumiu a responsabilidade de conversar com a equipe sobre a pertinência ou não dessa inserção. Deliberou-se que essa “pesquisa” poderia ser interessante.

O fato de eu ter me apresentado como pesquisador com o objetivo de conhecer processos de medicalização e desmedicalização na Saúde Mental merece algumas considerações.

A primeira delas é que naquele momento eu ainda me situava como um pesquisador que se insere numa determinada realidade para investigá-la, ou seja, considerando-a como um “objeto” a ser conhecido por um investigador supostamente neutro. Essa parece ter sido uma reincidência do modo tradicional de pesquisa fundada na divisão do trabalho entre pesquisadores e trabalhadores ou executores.

Ter começado a ir para o CIAPS apenas para realizar os atendimentos deixa transparecer que, naquele momento, eu ainda não havia me apropriado de uma dimensão que me cabia que era de interceder na práxis dos demais trabalhadores da instituição visando colocar em discussão elementos que já estivessem presentes naquela instituição, mas que ainda estavam renegados: contradições entre o discurso universal e as particularidades. Tratava-se de interceptar o uníssono do discurso e permitir que o contraditório emergisse para confrontá-lo. Foi somente com o tempo, a partir de leituras, supervisões e discussões com colegas, que pude ir me apropriando melhor do lugar de intercessor e de seus fundamentos teóricos e que pude ir modificando minha posição na instituição.

Podemos pensar que no primeiro momento, minha intercessão se resumiu ao nível da intervenção, definido por Rodrigues (2000, p. 46) como

“território definido pela encomenda, isto é, pelo modo como o pedido de ação é feito, mais ou menos oficialmente a alguém, e que é, por sua vez, inseparável do encargo social, ou melhor, da produção histórica da legitimação para exercer certa função na divisão sócio-técnica do trabalho”.

Uma diferença que parece ser fundamental entre os conceitos de intervenção e intercessão refere-se ao fato de que a primeira remete à idéia de manutenção da divisão do trabalho característica do MCP entre o intelectual orgânico e uma conjuntura que depende dele para mover-se. Já a segunda é efeito da facilitação propiciada por um intercessor de que forças contraditórias já presentes no campo institucional ganhem visibilidade e afirmação como potentes elementos de transformação ou superação daquela realidade dada. É verdade que o intercessor encarnado também tem sua ética e que, neste sentido, poderia aproximar-se do intelectual orgânico que produziria objetos, saberes que seriam consumidos pela realidade à qual se apresentam. No entanto, o único saber que o intercessor aplica no campo é o de não-saber, ou seja, sua ação restringe-se a barrar o “saber sabido” de modo a provocar nos agentes da instituição a elaboração de saberes que serão potencialmente singulares.

Outro viés pelo qual podemos pensar as diferenças entre intercessão e intervenção é pela posição que os envolvidos no processo ocupam nos Discursos. Como já foi dito, quando me apresentei como pesquisador, ou seja, como representante da Universidade, parece ter sido em decorrência de um suposto-saber confundido com o que sabe que foi atribuído a mim que fui admitido como intercessor.

A ocupação do lugar daquele que sabe é necessária durante algum tempo para que se possa dar suporte às suas expectativas imaginárias do grupo. No entanto, essa suposição deve ser paulatinamente desconstruída a fim de que os sujeitos (no caso, o coletivo dos trabalhadores da instituição e o intercessor) possam ocupar o lugar de produtores de um saber que lhes seja próprio. Essa mudança de posição parece ser possível de ser provocada justamente por aquele que ocupa o lugar de sujeito que sabe e seu instrumento é a ignorância douda a partir da qual é possível provocar os demais participantes do coletivo. Basta lembrarmos a operatividade do +1 nos Cartéis.

Se esse lugar de sujeito-suposto-saber não é desocupado, a consequência é que a intercessão seja transformada em intervenção. De acordo com Costa-Rosa (2007), “intercessão se contrapõe especificamente à intervenção e à tutela. O intercessor é um coadjuvante nos processos de que participa. Seu lugar é imprescindível, porém necessariamente contingente e localizado”.

Concordamos com Rodrigues (2000, p. 176) para quem intervenção está associada com uma idéia de intromissão, interferência, carregada de sentidos autocráticos e centralizadores, sendo, neste sentido, absolutamente incoerente e avesso aos pressupostos teóricos e práticos do dispositivo intercessor. Interceder é, a partir de elementos que já compõem uma dada realidade, criar condições para que eles se expressem e coloquem toda aquela instituição em movimento. Note-se que não se trata de incitar um movimento a partir de fora, mas apenas de dar-lhe visibilidade, de negociar como é que aquelas forças existentes podem se expressar e se concretizar. Trata-se de dar passagem àquilo que já grita na instituição.

Outros aspectos ainda podem ser analisados a partir de minha entrada na instituição: tratou-se de uma inserção a partir de uma oferta e não de uma demanda; houve disponibilidade da instituição de abrir as portas para uma “pesquisa que buscava produzir conhecimento sobre processos de desmedicalização”; havia pregnância da idéia de que o saber estava na universidade por se tratar do saber segundo, que se sobrepõe ao saber singular cuja produção é dos sujeitos da práxis... Diante desses elementos, podemos dizer *a posteriori* da intercessão que a mesma não foi expressamente encomendada, mas que havia uma demanda. O que fiz enquanto intercessor neste caso foi apenas criar condições de que esta demanda se expressasse e se atualizasse tendo como ética a Atenção Psicossocial.

Tendo sido admitido como “pesquisador” pelo coletivo, fui convidado a assumir o caso do Suj.1 que estava em crise. A partir de nossa leitura do materialismo histórico, da psicanálise e da análise institucional, parece termos elementos suficientes para dizer que o termo “crise” não se referia ao Suj.1, posto que seus “comportamentos indesejados” devem ser pensados como uma forma de expressão subjetiva que põe em questão a organização institucional. A “crise” parecia, no entanto, situar-se na instituição que, tendo se deparado com a insurgência dos “comportamentos inesperados” num paciente que já estava cerceado pelo Discurso Médico através da prescrição de medicamentos e da participação em atividades que supostamente lhe dariam continência, confrontava-se com a necessidade de apresentar-lhe uma nova resposta.

Essa parece ter sido a conjuntura na qual os trabalhadores se encontravam e a partir da qual se dirigiram a mim enquanto emissário da Universidade que poderia eventualmente contribuir no manejo daquela situação. Ocupando deliberadamente este lugar a mim atribuído como sujeito-suposto-saber, aceitei assumir o caso.

Naquele momento, o que a instituição me solicitou foi que eu oferecesse atendimentos psicoterápicos ao Suj.1. Esse parece ser um ponto interessante de análise, pois nos aponta a reincidência no instituído da medicalização, aqui, em sua vertente individualizante, clínico-centrada e de reprodução das técnicas “disponibilizadas” pelo saber universitário. O binômio transtorno-medicação assume aqui a roupagem transtorno-psicoterapia⁷. Isso não quer dizer que outras atividades não tenham sido ofertadas ao Suj.1. Apenas apontamos que, num primeiro momento, a atribuição que parece caber ao psicólogo dentro de processo de produção de saúde é a de atendimentos psicoterápicos prevalentemente individuais.

Como esses atendimentos e as demais atividades isoladamente não se mostraram suficientes para contornar as insurgências do Sujeito, chegou-se à conclusão de que o caso precisava ser discutido em equipe.

Faremos aqui uma espécie de parênteses para tratar da forma como as reuniões aconteciam. No início da intercessão, os encontros eram semanais, sempre no mesmo horário e contavam com a presença apenas dos técnicos (coordenação, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem). Além deles, apenas os estagiários e aprimorandos integravam as discussões. Assinalamos aqui certo privilégio dado aos psiquiatras manifestado através de falas como: “Não adianta discutir sem o(a) doutor(a)... depois ele(a) chega e muda tudo o que falamos e a última palavra é sempre dele(a)...”. Neste caso, enquanto intercessor, insisti que continuássemos a discussão em pauta, mas a proposta foi logo subsumida, reduzida e se passou a falar sobre outro assunto.

Romper com o discurso dominante não significa apenas passar a palavra aos demais envolvidos (demais porque não aqueles do discurso hegemônico). É necessário criar condições para que essa nova enunciação se exercite. Esse

⁷ Esse não parece ser o caso do CAPS no qual realizamos nossa intercessão, mas, de modo geral, a relação transtorno-psicoterapia não parece referir-se à psicoterapia do modo que a compreendemos como possibilidade de afirmação do Sujeito, mas sim de uma ação relacionada ao Mandato Social legitimado na contemporaneidade sob as técnicas de adaptação.

apontamento talvez justifique o fato de a equipe ter tergiversado diante do convite a que ocupassem o lugar produtores de conhecimento.

Apoiados nessa cena, apontamos a freqüente ausência dos psiquiatras nas Reuniões Gerais de Equipe justificada por eles através da superlotação de suas agendas (característica que redonda da medicalização) e a hierarquização dos saberes manifestada tanto pela valorização do saber psiquiátrico como “última palavra” como pela ausência (por não serem convidados) dos demais trabalhadores do CIAPS (administrativos e serviços gerais) nas discussões. Nos últimos meses em que estive no CIAPS, como decorrência da Análise Institucional realizada e também da intercessão, os trabalhadores administrativos passaram a compor as Reuniões Gerais.

Mesmo propondo-se a ser intercessor, não é em todos os momentos que conseguimos ocupar este lugar de fato. Muitas vezes, como na cena descrita dessa reunião, meu lugar se confundia muito ao do Analista Institucional. No entanto, é preciso saber que há diferenças entre essas funções, dentre as quais destacamos a de que o intercessor vai a campo junto com os sujeitos da práxis e participa como +1 e um a mais na construção de saber.

Outra diferença significativa é que, diferentemente do analista institucional ou mesmo do psicanalista, um intercessor parece ser sempre pertinente. O intercessor, apesar de ter uma função “autodestrutiva”, sabe que uma instituição só deixa de existir quando outra é colocada em seu lugar. O materialismo histórico também nos permite pensar nessa linha ao dizer que, uma vez modificada certa realidade, a “nova” configuração já está pronta para ser mudada. Assim, o intercessor parece ser sempre pertinente, embora nem sempre necessário. Sempre haverá não-ditos, silêncios forçados, coexistência de forças antagônicas que poderão ser conflitadas a fim de promover a superação dialética daquela instituição.

Fechando os parênteses, retomemos a análise que fazíamos dos acontecimentos relacionados ao caso do Suj.1.

Na primeira reunião na qual pudemos discutir seu caso, apesar de ter havido divergência entre minhas observações e as da equipe, ou talvez justamente por isso, parece ter sido esse o momento a partir do qual fui admitido como intercessor e não mais como interventor ou pesquisador.

Na primeira vez em que nos reunimos, apesar de ter havido uma tentativa de apresentar o sintomas do Suj.1 como seus representantes, decidimos manter as prescrições do seu Projeto Terapêutico com indicações de manutenção da psicoterapia e dos medicamentos como necessários e das demais atividades (Oficinas e Banda) como complementares. No entanto, pude pôr em discussão o costumeiro manejo que era dado ao Suj.1: medicação como necessária, atividades extra-unidade como contingentes e psicoterapia como complementar à medicação e como único meio de afirmar a instituição como multidisciplinar. Costumeiro porque é assim que a instituição o conduz há pelo menos 10 anos.

Apesar da insistência em manter um modo de Atenção que já havia se mostrado inadequado àquele Sujeito, é preciso que digamos que esses meios de Atenção têm sua pertinência e legitimidade dentro da Atenção Psicossocial. No entanto, o que pretendemos apontar dessas ofertas são os lugares que acabam ocupando como indicações igualmente *a priori*, tais quais os medicamentos, a psicoterapia ou mesmo as internações.

Em alguns casos, foi possível perceber que a oferta de participação numa ou noutra Oficina se baseava numa questão de “gosto” dos usuários. Sem problemas até aqui. Mas é preciso dizer que as Oficinas nos CAPS não devem ser simplesmente momentos de ocupação e lazer (embora possam *também* servir para isso). Sugerimos que, antes de encaminhar os Sujeitos para determinadas atividades, possa-se exercitar uma compreensão mais apurada de cada caso de forma que eles possam efetivamente se exprimir em cada contexto. Caso contrário, corremos o risco de homogeneizar todos os participantes sob o signifiante de pintores, cantores, dançarinos, cozinheiros, jogadores (ainda que respeitadas suas diferenças).

Essa proposta parece ser contraditória com o exposto até aqui. Dizíamos da importância de permitir que os Sujeitos se expressem como tais e agora sugerimos que se faça uma compreensão mais apurada dos casos. Isso pode soar como uma recaída no paradigma dos especialismos. Entretanto, embora tenhamos apontado a crise desses especialismos, é preciso dizer que o saber do “especialista” se faz pertinente na Atenção Psicossocial desde que observados os pressupostos já enunciados anteriormente de compreensão da realidade na qual ele se insere. Portanto, parece que

nesse caso não se trata de uma recaída no Discurso Médico. Ao contrário, trata-se de ofertar uma escuta diferenciada e estar atento às manifestações do Sujeito colocado minimamente no Discurso da Histeria.

Essa primeira reunião na qual discutimos o caso do Suj.1 nos serve para mostrar as forças contraditórias que coexistem na instituição: ao lado de forças que reproduziam um modelo médico de assistência (como as técnicas citadas anteriormente), pulsavam forças contraditórias que pretendiam imprimir à instituição outro sentido as quais pude apenas inserir nos registros da visibilidade e da dizibilidade. Sua atualização parece ter sido tornada possível a partir da minha análise como intercessor. Esta, por sua vez, só se deu devido ao contato que eu tinha com o Suj.1 e da concepção de que seria possível pensar os “sintomas” como seus representantes (S_1 - $\$$ - S_2). Mas, nem sempre essas forças conseguem se efetivar, de modo que se mantêm as dominantes, inclusive através de um significante bastante interessante: “vamos *insistir* com o Suj.1”. No entanto, parece ter sido como efeito dessa contraditoriedade que fui admitido como intercessor.

Sobre minha admissão como intercessor, pensamos que ela já tenha sido efeito de um campo de intercessão. Como já foi dito nos capítulos anteriores, existem forças antagônicas que pulsam no interior das instituições dentre as quais destacamos as que apontam no sentido do Discurso Médico e da medicalização, mas também aquelas que sugerem e insinuam sua superação. Neste caso, podemos dizer que minha admissão como intercessor foi um efeito dessas forças contra-hegemônicas que se construiu desde minha oferta como “pesquisador”, passando pelas atividades que desenvolvi quando de minha participação na equipe; minha admissão como intercessor foi uma forma de atualização dessas forças tornada possível a partir da minha oferta de intercessão.

Em relação à prática que estamos discutindo, parece que o que deflagrou minha admissão como intercessor propriamente dito foram os apontamentos que pude fazer usando como elementos os “dados colhidos” nos atendimentos, oficinas e atividades menos formais na instituição (porém, não menos importantes).

A função de intercessor não é como um cargo que se assume. Antes disso, à semelhança dos analisadores, o intercessor depende da relação que se estabelece em

cada situação podendo, portanto, causar algum efeito ou não. Outros trabalhadores, estagiários ou aprimorandos poderiam (e certamente o fizeram) agir como intercessores ao colocar a instituição de frente com uma situação particular qualquer que a forçasse a produzir seu próprio saber. Fixar uma ação, um indivíduo ou um acontecimento sob o título de intercessor é, ao mesmo tempo, negá-los enquanto tais

De acordo com Lourau (1995), o analisador – e podemos também dizer o intercessor – não deve ser assimilado aos indivíduos que serviriam de pares aos analistas institucionais. No entanto, se a análise desencadeada pelo analisador ou pelo intercessor depende da produção pela palavra, é também preciso dizer que depende da “... mediação de indivíduos particulares cuja situação na organização lhes dá acesso à singularidade de ‘provocadores’” (LOURAU, 1995, p. 285).

Por isso, podemos dizer da especificidade do intercessor encarnado. Diferentemente de um analisador que pode ser qualquer “acontecimento” como diz Lourau, a intercessão deve ser feita por alguém que encarne, que represente esta função. Portanto, o intercessor é também um analisador, mas não é qualquer analisador. O intercessor é como um analisador que teria como ética a Atenção Psicossocial.

Retomando o caso do Suj.1, as faltas que sucedem às insistentes intervenções sobre ele deliberadas na primeira reunião escancaram aquilo que já foi dito no capítulo 1: por mais que a prática médica derivada do Discurso do Universitário se ocupe da doença como objeto, o que se produz é um sujeito dividido. Dessa divisão, resta a Verdade do Sujeito, isto é, sua forma de expressar seu desejo através do sintoma que persistirá a pulsar. É exatamente essa pulsão que escapa que retorna questionando e fazendo frente ao saber constituído. É como se o Suj.1 dissesse: “Não adianta vocês quererem controlar a minha ansiedade. Essa é a forma como eu posso e consigo me expressar. Eis-me aqui... e ansioso!”

A justificativa do Suj.1 de que ele não poderia fazer o que estava previsto para ele naquele momento traz à tona a mesma questão: o saber mecanicamente reproduzido, “previsto”, toma o sintoma como objeto de intervenção e desconsidera o Sujeito como seu produtor.

A segunda vez em que nos reunimos para discutir o caso do Suj.1, ou seja, após fracassarmos em insistir na sua aderência ao tratamento inicialmente planejado para ele, parece ter ganhado maior força a compreensão de que os “comportamentos indesejados” seriam representantes da pulsão do Sujeito e que ela não poderia ser absorvida pelo Discurso Médico. Essa forma de pensar se manifesta na fala relatada: “ele está do jeito dele”.

Esse movimento parece ter se tornado possível a partir das minhas colocações que somente ganharam consistência por terem sido derivadas da minha experiência como trabalhador da práxis junto ao Suj.1. Pude propor na ocasião que olhássemos para “os sintomas” como produções que certamente mereciam atenção, mas a fim de compreendê-las e redirecioná-las ao invés de solucioná-las ou eliminá-las. Tratava-se “do jeito dele” de se manifestar e resolver seus impasses subjetivos.

A decisão final sobre o manejo da questão foi tomada pela equipe, mas não devemos subestimar os apontamentos de que naqueles sintomas havia Sujeito. Assim, decidimos deixá-lo mais à vontade no que se referia à participação das atividades e da psicoterapia cujos pressupostos fossem mais coerentes com os da Atenção Psicossocial.

É claro que esses movimentos não foram suficientes para que o Suj.1 se ressituassemos diante de seus impasses. As sessões ainda continuaram por algum tempo visando essa recolocação. No entanto, parece que a equipe pôde compreender (ainda que depois disso ela possa retroceder) que ali havia um Sujeito que se expressava através daquela euforia e, quiçá, tenham podido pensar os medicamentos apenas como coadjuvantes no processo de produção desse Sujeito. Parece que essa conclusão pôde ser alcançada como consequência de minha inserção no campo junto ao Suj.1 e, posteriormente, como intercessor na equipe. É através do constante processo de superação e retrocesso que a instituição se movimenta.

Sobre a Oficina: como já dissemos, a partir da minha admissão como “+1” na equipe, não foi difícil passar a ser deliberadamente um a mais. Por isso, juntamente com outra psicóloga, passei a oferecer oficinas de culinária chamadas Rotas Gastronômicas.

Nesse caso, a nossa proposta de ação foi que, através da oferta da Oficina, utilizando-nos das atividades de culinária, as mesmas fossem meros pretextos para criar possibilidades de contato com os usuários, mas que não se dessem na ordem do saber/poder, ou seja, nossos encontros caracterizavam-se como lugar possível de livre expressão a partir da qual poderiam ser “colhidos dados” que pudessem servir como elementos de intercessão na instituição.

Assim entendido, podemos dizer que a Oficina em si não tinha metas ou objetivos a cumprir. Porém, esses encontros eram organizados de acordo com um certo roteiro que servia como que uma “carta na manga”: o desenvolvimento da Oficina pretendeu relacionar hábitos alimentares do cotidiano a outros fatos, fossem eles memórias, histórias, músicas, utilização de alimentos como fins terapêuticos, a modificação dos hábitos alimentares ao longo da história de vida de cada um. Nesse contexto de criação grupal, não eram produzidas apenas receitas, mas também novas formas de relação.

Dizemos que o roteiro da Oficina era como que uma “carta na manga”, pois nos casos em que os participantes propusessem sua alteração, ou mesmo que a sugestão inicial tomasse outros rumos, desde que fosse consensual entre os participantes, isso seria possível. E não poderia ser diferente, haja vista a compreensão subjacente à oferta da Oficina como meio de expressão e produção dos Sujeitos.

Embora o surgimento da Oficina tenha derivado de um interesse pessoal e oferta dosicineiros, não é menos verdade que os usuários daquele CAPS já manifestavam interesses afins em outros contextos, ou seja, a Oficina parece ter representado uma possibilidade de expressão dos Sujeitos que dela participavam. Nelas, os participantes não se resumiam ao significante “usuário”, mas representavam de fato Sujeitos.⁸

Nessas ofertas, um acontecimento específico ganhou palco. Numa ida ao supermercado para comprar os ingredientes da receita que seria desenvolvida naquele dia, o Suj.2 afirmou que “gostava” de sair do CIAPS com os integrantes da Oficina e isso nos levou a manter essas saídas mesmo tendo pensado anteriormente em diminuí-las ou mesmo suspendê-las.

⁸ Neste trabalho mantivemos em alguns trechos o termo “usuário” por uma questão de redação. No entanto, a relação que estabelecemos com os mesmos considerava-os sempre como Sujeitos.

Pensando um pouco mais detidamente, é claro que a decisão não se baseou numa simples questão de o Suj.2 “gostar” de sair. Entendemos que para ele, cuja frequência no CAPS é diária e em tempo integral e cujas relações sociais extra-unidade são absolutamente minimizadas, o fato de “ir ao Supermercado” poderia ser significado pela expressão “sair do CIAPS e se expressar de outras formas que ali não eram possíveis”.

Essa parece ter sido uma decisão bastante coerente com a Atenção Psicossocial. Além de ser uma opção que pode ser relacionada aos princípios de inclusão social e reabilitação, pensamos que “sair do CIAPS” permitia ao Sujeito que ele se falasse, ou seja, era uma forma de exercitar sua enunciação. Ir ao supermercado permitia que o Suj.2 falasse sobre algo que no CIAPS não seria tão rapidamente disparado e, assim, ele podia se expressar, produzir novos sentidos e, portanto, subjetividade e saúde.

Numa psicanálise clássica, a incitação de formas de se expressar através de uma Oficina ou de um passeio não seria costumeira. Talvez essa possibilidade pudesse ser pensada como um analisador institucional construído. Mas não podemos renegar a compreensão de que os analisadores são resultados de uma leitura de Marx e Freud. Como possibilidade de intercessão a partir dos dados de uma Oficina, a produção que dela resulta vai além e é relida com as contribuições de Lacan. Os conteúdos lá emergidos servirão para atestar uma produção subjetiva bem localizada.

A desinstitucionalização da loucura é um objetivo muito caro à Reforma Psiquiátrica. Sabemos que desinstitucionalizar não se trata apenas de tirar da instituição e que isso requer muito mais força, tempo e trabalho. Portanto, apostamos que esse movimento, embora insuficiente se analisado por si só, pode contribuir para um rearranjo da posição dos Sujeitos da Atenção Psicossocial diante da sociedade e para a construção de sua autonomia.

Podemos nos questionar sobre que desinstitucionalização é essa na qual o Suj.2 sai do CAPS, mas continua sob os olhares dos técnicos. Nesse caso, insistimos que, embora de fato ele estivesse sob nossos olhares enquanto técnicos, esses olhares o viam como Sujeito; compreendíamos suas expressões como formas de apresentação do Sujeito sob determinados significantes e não como objetos de uma intervenção (S_1 -

\$ - S₂). Parece que mais uma vez, embora evidentemente não possamos reduzir os fatos, pudemos criar condições de sair do Discurso Universitário como forma de atualização da medicalização e oferecer a possibilidade de que os sujeitos se inserissem em outros laços sociais.

Portanto, além das práticas tradicionais atribuídas aos serviços de Saúde, com suas funções clínicas, medicamentosas, higiênicas, pedagógicas ou mesmo como espaço de referência geográfica para os usuários (todas certamente legítimas dentro da Atenção Psicossocial), apontamos que a simples saída da unidade (que poderia não ser assim tão una) pode ser igualmente desencadeadora de novas produções subjetivas e, logo, de saúde.

A partir da Reforma Sanitária, com seus princípios garantidos pela Lei 8080/90, Saúde é determinada e condicionada por fatores como educação, lazer, cultura, habitação, renda, trabalho, meio ambiente. Assim, não podemos pensá-la apenas sob o vértice da assistência ao orgânico, mas devemos incluir no seu processo de produção, como um de seus meios, a circulação dos sujeitos pelos territórios e pelas atividades que acontecem na comunidade.

Em outras palavras, sem desconsiderar as necessidades de cuidados especializados no que se refere às questões psíquicas daqueles que freqüentam os CAPS, não podemos deixar que isso se torne algo da ordem do especialismo, do reducionismo do Sujeito unicamente à sua dimensão doente e médica – com todas as implicações que estes conceitos podem trazer consigo.

É importante dizer que a escuta diferenciada dosicineiros permeou todos os encontros. Como já foi dito, a comida era apenas um artifício para estar e conversar com os usuários. Dessa forma, em todos os encontros pudemos conversar sobre aspectos culturais, econômicos, relacionais, mas tudo isso costurado pela ética da multiplicação de sentidos e significados que orienta a Atenção Psicossocial.

O que pretendíamos a todo momento era fazer com que situações cristalizadas, habituais, com sentido estagnado, pudessem ser modificadas ou reapropriadas por todos nós com novos significados, potencializando trocas e prazeres, potencializando os Sujeitos como produtores de si.

A oferta das Oficinas permitiu-nos revelar muitos preconceitos que, posteriormente, puderam ser evidenciados e confrontados com o discurso institucional, principalmente no que se refere às proposições da higiene. Evidentemente, esse era um aspecto ao qual dávamos importância durante as Oficinas, sempre lembrando a todos os cuidados necessários. No entanto, foi possível ver que entre os próprios usuários, ou mesmo por parte da equipe, surgiam preocupações como “ele lavou a mão?”, “foi ela que fez? E dá pra comer?”, “Tá limpo?”. As mesmas questões não se davam em relação aos oficineiros, fato este que nos permite pensar que ainda precisamos avançar na discussão da autonomia, da valorização dos Sujeitos entre si.

Outro movimento da instituição que pode servir como material de intercessão é a relação imaginizada pelo coletivo técnico entre os usuários e os alimentos oferecidos no almoço. Como já apontamos, há algum tempo havia uma indicação de que os usuários não sabiam se servir. Nas nossas Oficinas, essa “verdade” não se confirmou.

Essa contradição entre um discurso que se pretende universal e a particularidade materializada na relação vivida deve ser pensada como uma brecha, uma ruptura a partir da qual podemos questionar o processo de assujeitamento dos sujeitos aos saberes/poderes e que pode ser potencializada enquanto possibilidade de rearranjo no processo de produção dos Sujeitos.

Ainda, podemos pensar que este procedimento, mascarado sob o título de cuidado e de bem servir os usuários, revela-se, na verdade, como prática que serve para corroborar um discurso de incapacidade cujo objeto são os Sujeitos. Ao não permitir que eles aprendam a se servir, reforça-se e realimenta-se o imaginário do descuido com o alimento que lhes seria característico. Essa visão foi desconstruída pelos próprios trabalhadores que passaram a fazer de sua presença na cozinha durante o horário de almoço um artifício para estar com os Sujeitos e, a partir disso, traçar estratégias de ações Psicossociais.

Nestes termos, a Oficina parece ter-se mostrado como possibilidade de os usuários colocarem-se como protagonistas da proposta e, conseqüentemente, como Sujeitos/meios de produção/ produtos do processo de produção, como, por exemplo, quando eles próprios levavam e desenvolviam as receitas fazendo com que os

oficineiros figurassem apenas como coadjuvantes (embora tivessem suas funções bem localizadas). Simples escolhas, toques pessoais de sabores que, para muitos, eram desconhecidos.

Então, temos outra consideração importante a fazer: a Oficina, como qualquer outro recurso, isoladamente, não pode dar conta de trabalhar as questões que nela são disparadas. Temos sim a responsabilidade ética de, minimamente dar contornos àquilo que é desencadeado nesses encontros. No entanto, de maneira alguma temos a pretensão de trabalhar tudo o que surge ali. As oficinas, sendo parte integrante de um Projeto Terapêutico Singular, servem como mais um meio de produção, privilegiado conforme a entendemos, no processo de produção saúde-adoecimento-Atenção. No entanto, pensamos que sua grande potência está em permitir o desencadeamento de pensamento, significantes e ações que podem ser minuciosamente tratados posteriormente. Além disso, as Oficinas são situações nas quais emergem inúmeros conteúdos, um verdadeiro “celeiro de dados” que podem servir para confrontarmos com os discursos institucionais medicalizantes e operar uma intercessão.

Outro acontecimento que ganhou cena foi a Suj.4 que nos surpreendeu ao propor um meio de realizar uma receita que até então era desconhecido pela maioria. Essa situação pôs em destaque nossas questões de desqualificação dos conhecimentos, principalmente quando se refere a um personagem que historicamente foi excluído da normalidade social.

Além desse aspecto mais prático de ela ter elaborado o prato com qualidade, a cena nos mostra que a Suj.4, que sempre se apresentava à equipe como muito querelante, demandando cuidados e olhares, sempre impotente e que continua freqüentando a unidade constantemente quase que por uma atitude filantrópica, tem preservada sua potência subjetiva. É evidente que não dizemos isso baseados apenas nesse resumo dos fatos, mas nos apoiamos em outras conversas e acontecimentos que nos permitem fazê-lo.

No seu caso, logo após o desenrolar dessa atividade, pudemos discutir com a equipe relatando a cena e propondo que trabalhássemos com ela no sentido de iniciar um processo mais intensivo de desinstitucionalização. Apesar disso, por se tratar de um

caso silenciado no CIAPS (trata-se de uma usuária que sempre está presente, toma os medicamentos corretamente, não falta aos encontros combinados) seus sintomas tornaram-se suportáveis pela instituição e não foi possível insinuar uma mudança de posição subjetiva nem na equipe no sentido de concebê-la no lugar de Sujeito, nem junto à própria Suj.4, pois nos faltaram outras oportunidades nas quais essa questão pudesse ser mais detidamente trabalhada.

Como foi dito, como consequência de minha maior permanência no CIAPS, foi possível presenciar inúmeros casos que agrupamos anteriormente sob duas categorias clássicas: a demanda exclusiva de medicamentos por um lado e, por outro, o pedido de ajuda em relação a determinado impasse psíquico.

Sobre a primeira demanda destacada – aquela dos pacientes que buscam o serviço com a perspectiva de que receberão prescrições médicas – é preciso dizer que, muitas vezes, este imaginário se concretizava. Os usuários, localizados numa posição de Consumidores sobre os quais a indústria farmacêutica e o pensamento hegemônico já haviam instalado a idéia de necessidade ou de satisfação através dos medicamentos, se encaminham ao CIAPS com o objetivo de conseguir uma consulta da qual sairão com uma prescrição medicamentosa. Essa relação pode ser lida, em Lacan, através do Discurso do Capitalista ou do Consumidor.

A esta forma de apresentação do Sujeito, a instituição pode responder de vários lugares. O mais comum deles é aquele através do qual se casam a demanda do Sujeito e a resposta *a priori* que os psiquiatras têm à mão: a prescrição de medicamentos.

É preciso destacar que nessa relação figuram a demanda, o psiquiatra e o medicamento. A indústria farmacêutica, acoplada com o Discurso Médico na sua dimensão de elaboração de quadros nosográficos (Discurso do Mestre), não precisa fazer mais nada a não ser esperar que o psiquiatra atue como um distribuidor. Nesta relação, o psiquiatra também não precisa fazer muita coisa a não ser associar a demanda ao medicamento. Parece ser desnecessário dizer que, neste caso, o Sujeito não se movimenta, mas, pelo contrário, se consolida na posição de consumidor em uma relação que pode durar por tempo indeterminado.

Já na outra cena que apontamos, aquela na qual os Sujeitos demandam por uma ajuda a algo que eles não podem resolver sozinhos, uma resposta um pouco diferente seria possível dentro do Discurso Médico como tratamos no item 1.1.1 deste trabalho, ou seja, através da elaboração, por parte do médico, de um diagnóstico e, em seguida, da prescrição de condutas diante daquele quadro. Estas ações poderiam ser pensadas a partir dos Discursos do Mestre e da Universidade, respectivamente.

Esses seriam aqueles casos sobre os quais podemos pensar a partir do Discurso do Sujeito, através do qual podemos ler a cena da seguinte maneira: o Sujeito procura a instituição por ter se defrontado com uma questão para a qual não pôde elaborar uma resposta que considera satisfatória como delimitante de seu gozo e, por isso, pede ajuda, imaginando que os trabalhadores daquela instituição podem elaborar um saber sobre aquela situação que o ajudará a conter sua angústia ($\$/a \rightarrow S_1/S_2$).

Nesse momento, o Sujeito procura a instituição por uma questão transferencial, por supor que lá existe um saber que pode ajudá-lo. De fato, dependendo da resposta que for oferecida a esses Sujeitos, é possível pensarmos que um saber sobre aquele sofrimento foi produzido. No entanto, já nos advertia Lacan que o saber é sempre fictício, desviante, errado.

Para dizer de uma vez, a idéia de que o saber possa constituir de algum modo, ou em algum momento, mesmo que seja de esperança no futuro, uma totalidade fechada – eis o que não tinha esperado pela psicanálise para parecer duvidoso. (LACAN, 1992, p. 31).

O momento em que o Sujeito procura a instituição demandando por Atenção é uma situação na qual ainda se confunde o sujeito-suposto-saber com aquele que sabe. Dessa forma, temos uma demanda por um saber que se acopla ao Discurso Médico.

No entanto, apontamos que ainda há uma terceira forma de manejar essa situação – e certamente outras devem existir. Se, como dissemos, o Sujeito que demanda cuidados, no momento em que procura a instituição o faz por supor que lá existe algum saber que possa ajudá-lo, o que a psicanálise lacaniana nos ensina é que este saber deve ser imediatamente posto em suspenso. No contato com o Sujeito, isso

se dá através da ignorância doura, do mal-entendido, dos questionamentos direcionados aos Sujeitos.

Ao suspender esse saber, o que se visa produzir é uma mudança de posição subjetiva. Nesse caso, o Sujeito que antes ocupava o lugar de agente, passa a ocupar o lugar de trabalho no laço social. É somente através de uma mudança de posição que o Sujeito vai poder agir como produtor de novos saberes que, por sua vez, servirão exclusivamente a ele. Ao assumir a posição de produtor, o Sujeito necessariamente se localiza no Discurso do Analista que representa a possibilidade de que ele se mova de acordo com seu desejo.

Em outras palavras, o mesmo objeto *a* (mais-de-gozar) que no Discurso do Mestre era produzido em forma de saúde dentro do princípio doença-cura e imediatamente capitalizado em favor do saber dominante (mais-valia capturada pelo Capital), agora servirá de objeto causa do desejo, ou seja, fazendo o Sujeito se mover.

O que faz o Sujeito se mover é o desejo. O que o estagna é o gozo. O gozo é o caminho que leva o Sujeito à morte. O gozo é a repetição e é também aquilo que se dirige contra a “vida” quando entendemos vida como recusa ao nirvana, ao equilíbrio (pulsão de morte). A repetição do/no sintoma não se refere ao ciclo da vida, mas tende à eliminação dela, “... à desaparecimento dessa vida como tal, que é o retorno ao inanimado” (LACAN, 1992, p. 47).

Não sejamos ingênuos. Esse processo de mudança de posições subjetivas exige muito trabalho tanto dos Sujeitos do sofrimento quanto dos trabalhadores para que possam produzi-la uns nos outros. Talvez esta seja uma das condições que não pudemos sempre satisfazer e, justamente por isso, não pudemos concretizar uma intercessão em todos os casos a que nos referimos.

No que se refere aos deslocamentos dos trabalhadores, temos algo a considerar. A primeira indicação que temos que fazer refere-se à concepção de objeto. Já discutimos essa noção anteriormente, de modo que parece suficiente referir que é fundamental que os Sujeitos que demandam Atenção devem ser considerados em suas particularidades e como produtores ao invés de objetos de uma intervenção prescrita sob uma perspectiva Universal.

Outra consideração é que os trabalhadores, diante da ética da Atenção Psicossocial que norteia o discurso institucional, 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. Diante dessa percepção, se ela se confirmar, é preciso negar esta posição de replicadores e assumir o lugar criadores de relações, possibilidades e técnicas que permitam a produção de subjetividades singulares ao invés daquelas serializadas que decorrem do MCP.

O que o intercessor pode fazer para facilitar essa mudança de posição dos trabalhadores é, tendo sido colocado no lugar de sujeito-suposto-saber, justamente suspender o seu saber, incitar perguntas, colocar o coletivo (no qual se inclui ocupando um lugar bastante específico) diante de um enigma pelo qual se obrigue a produzir uma nova relação ou um novo saber. O intercessor deve confrontar o coletivo com os “dados que puderam ser colhidos em campo” quando dos contatos com os usuários. “Os interlocutores são estimulados a abandonar as fórmulas aprendidas, os conceitos consagrados pelo uso, para passar a elaborar suas próprias idéias” (JIMENEZ, 1994, p. 17).

Quando um sujeito “consome” uma prescrição médica, o resultado desta relação de produção é que ele se codifique como consumidor. Quando esse mesmo sujeito é pensado como meio de produção no processo de produção saúde-adoecimento-Atenção, o que se produz é um Sujeito que se distingue do consumidor e que se aproxima da noção de produtor⁹. O mesmo é válido para os trabalhadores pensados como meios de produção: quando apenas aceitam dogmaticamente saberes prontos, sua posição é de consumidores de um objeto que já é produto de outra relação de produção e que ainda atualiza a mais-valia. Ao contrário, quando colocam este “produto” na posição de matéria-prima a ser transformada, modificada, complementada, assumem o lugar de produtores. É isso que propõe o dimpc.

O caso do Suj.5 relatado na experiência teve particularidades que também merecem ser trabalhadas. Começo pela referência de que “o caso me pareceu interessante para poder pensar as relações medicalização/desmedicalização”. Nesse

⁹ Produtor que ainda é proprietário dos meios de produção, isto é, fora do MCP.

momento, apesar de já ter mais propriedade sobre os pressupostos teóricos e epistemológicos do dispositivo intercessor, posso dizer que a aceitação deve ser atribuída mais à reincidência de um lugar de “pesquisador” e de uma recaída no Discurso Médico (em sua organização conforme o Discurso Universitário) do que à postura de intercessor que eu poderia ter assumido. Mas, o fato de ter começado assim, não impediria que a situação se recolocasse e que eu me ressituassem como intercessor.

Tal qual no caso do Suj.1, podemos notar reincidências das forças hegemônicas no caso do Suj.5. Sabendo que ele teria alta hospitalar, antes mesmo de ter qualquer contato com ele após a internação, intercessor (que nesse momento poderia ser melhor caracterizado como interventor – $S_2/S_1 \rightarrow a/\$$) e equipe já haviam traçado seu projeto terapêutico que consistia em duas sessões semanais de psicoterapia e participação das oficinas. Expressão clara da reprodução do saber acumulado, prescritivo, situado no Discurso Universitário.

Não foram poucas as vezes que, sob o argumento de ter uma longa experiência com aquele público, propusemos Projetos Terapêuticos que se resumiam a questões de opinião, ou seja, que não derivavam sobre um trabalho mais minucioso de análise das particularidades dos casos e, a partir delas, de elaboração de estratégias. Muitas foram as vezes em que o que se propunha (e ainda assim nem sempre dávamos conta de executar) era, na verdade, a repetição de prescrições formais ou generalizadas.

Iniciados os atendimentos, diante de uma demanda expressa no enunciado do Suj.5 de querer diminuir os medicamentos devido aos efeitos colaterais que estava sentindo e movido pela perspectiva de êxito na proposta de desmedicalização, me propus a conversar com o psiquiatra sobre a redução das prescrições. Aqui posso dizer que me ative apenas à dimensão do enunciado do Suj.5, ou seja, a enunciação através da qual poderíamos compreender a dimensão desejante em questão não foi considerada. A escuta e ação ficaram apenas no campo da demanda.

Os “sintomas” referidos pelo Suj.5 foram tomados por mim como objetos que deveriam ser eliminados. Para tanto, recorri aos medicamentos (ainda que para sua diminuição) como elemento *a priori* a ser considerado. Sob a insígnia de

desmedicalizar, fui eu que recaí no Discurso Médico a fim de eliminar as manifestações subjetivas consideradas indesejadas pelo Sujeito. O problema é que o agente desta eliminação não seria o próprio Sujeito e sim um interventor.

Destacamos ainda no caso do Suj.5 a imediatez com que o psiquiatra revê a dosagem prescrita. É evidente que, ao ouvir a proposta do intercessor de que se diminuíssem as doses indicadas, ele já reconheceu seu paciente, reviu o prontuário e achou tecnicamente possível concordar com a sugestão. Esta aceitação parece ser quase um lapso do Discurso Médico, uma possibilidade de passagem para o Discurso do Sujeito. No entanto, parece significativo que não se tenha sequer proposto uma discussão mais ampla e afinada sobre qual a situação desse usuário, como estariam seus vínculos, suas relações, como estava transcorrendo sua volta para casa depois da internação.

O que se processa é a repetição da relação instituição médica-doença, posto que psiquiatra e “doente” sequer se encontraram nesse momento. Parece, portanto, que subjaz uma compreensão de que o efeito do medicamento independe das relações subjetivas dos Sujeitos, ou seja, que quem trabalha no sentido da produção de saúde seria apenas o remédio.

Sobre a possibilidade ainda que tímida de mudança de posição por parte do psiquiatra, precisamos dizer que este não foi o único caso em que ela aconteceu. Em algumas situações havia essa disponibilidade por parte do profissional. No entanto, como já indicamos anteriormente, essa mudança não é imediata e muito menos definitiva.

Com o transcorrer das sessões e minha preocupação em relação às referências de delírios e principalmente às ideias suicidas, fui eu que, por minha vez, reincidindo novamente na posição de interventor, numa reunião de equipe recorri aos medicamentos como recurso principal propondo que suas doses fossem aumentadas. Nessa reunião, pudemos nos discutir mais detidamente a forma como o Suj.5 organizava suas relações interpessoais, bem como a que serviriam os seus sintomas.

Apesar dessa proposta de retorno dos medicamentos que agora podemos ler como minha expressão do Discurso Médico e, portanto, da medicalização, podemos

também ver na resposta da equipe um movimento que certamente podemos considerar como alternativo a ele.

A perspectiva de que os comportamentos do Suj.5 deviam ser pensados como atuações necessariamente leva em consideração a existência do Sujeito como produtor dessa cena. Além disso, recoloca o profissional no lugar daquele que deve dar atenção ao que o Sujeito enuncia não para que se possa colar-lhe um significante já constante na semiologia (como no Discurso do Mestre) nem para “resolver” as questões que, no caso, o Suj.5 apresentava (como no Discurso Universitário), mas para restituir-lhe o lugar de produtor de sua “doença” e, conseqüentemente, de sua saúde.

Com isso, seria possível romper com a produção de diagnósticos, com a reprodução de cuidados exclusivamente pelos técnicos que saberiam como fazê-lo e com a demissão dos sujeitos do sofrimento do processo de produção de sua saúde e subjetividade.

Diante da exposição dos demais profissionais, decidimos manter as doses diminuídas dos fármacos e iniciar um processo de desligamento do Suj.5 do CAPS.

Neste caso do Suj.5 podemos perceber movimentos bastante importantes do processo de desmedicalização – inicialmente, a diminuição das indicações dos psicofármacos realizada a partir de uma discussão mais aprofundada do caso, uma mudança de uma oferta na qual se havia previsto apenas tratamentos disciplinares, especialistas pelos quais o Sujeito ficava dependente da instituição, sobrepujado por ela para uma proposta alternativa de Atenção – e ainda pontuar uma mudança de relação daquele que antes era visto como objeto de uma intervenção para um Sujeito em seu processo de produção fora dos olhares e das determinações institucionais.

Importante destacar que todas essas análises do caso, mudanças de propostas terapêuticas, revisão dos medicamentos, tentativas de desinstitucionalização do Suj.5 foram feitas em consonância com uma compreensão possibilitada através das sessões psicoterapêuticas, oficinas, conversas pela unidade e discussões em conjunto pelos trabalhadores, ou seja, a partir do confronto entre propostas imediatas (reproduzidas) e as particularidades emanadas da práxis. Parece, portanto, que, neste caso, podemos dizer que os demais trabalhadores assumiram a posição de intercessores.

No que concerne ao Suj.5, podemos dizer que, apesar de ele ter insinuado a possibilidade de mudança de posição frente à sua queixa através da recolocação da sua demanda, ele acabou retrocedendo àquela de alienado no Discurso Médico, rendendo-se ao processo de medicalização. Novamente, apontamos que a mudança de posição subjetiva não é imediata nem definitiva.

É preciso reforçar que tanto no caso do Suj.1 quanto do Suj.5 o material trabalhado nas sessões psicoterápicas era exclusivamente aquele enunciado pelos próprios Sujeitos. Isso para dizer que, durante os atendimentos, não se buscavam dados sobre o consumo ou não, nem mesmo da forma como usavam os medicamentos. Os atendimentos serviam apenas para, colocando em suspenso o saber do psicoterapeuta, fazer surgir como produtor (e, conseqüentemente, como produto) o Sujeito. O mesmo acontecia durante as oficinas. Os assuntos trabalhados eram exclusivamente aqueles elencados pelos participantes. Portanto, até esse momento, o intercessor era apenas um trabalhador a mais na equipe embora sua função fosse bem determinada.

No entanto, de posse desses “dados colhidos” na experiência do dia-a-dia junto aos Sujeitos, era possível realizar a intercessão propriamente dita junto com os demais trabalhadores e com os saberes dominantes no campo. A partir dos elementos que tínhamos à mão, das evidências da construção subjetiva já tornada possível e das ainda potentes, era possível discutir com os demais saberes as incoerências ou os desajustes entre o Universal e o Particular e a criação coletiva de novas estratégias. Foi precisamente nesse momento que atuou o dispositivo intercessor.

Já o dispositivo intercessor como meio de produção de conhecimento tem como material de trabalho o momento vivido pelo intercessor encarnado. É a partir de suas ações junto à instituição (possíveis somente porque ele integrou seu corpo de atividades), ou seja, de quando tornado dispositivo intercessor, que o intercessor encarnado poderá analisar como foi esta relação de produção de saber na práxis.

Esse saber produzido a partir do dimpc deve servir a outros que queiram se instrumentalizar para serem intercessores ou que já estejam inseridos neste viés. Note-se que insistimos na idéia de que o trabalho elaborado a partir da experiência vivida serve para instrumentalizar, pretende-se operante. Dessa forma, para ser coerente com

os pilares teóricos que sustentam o dispositivo intercessor, o saber produzido a partir do dimpc não deve ser buscado como uma “receita”, ou modelo que possa ser seguido por outros intercessores, sob pena de recairmos no Discurso Universitário. Trata-se mais de enunciar um não-saber do que de elaborar um conhecimento.

A simultaneidade parcial dos processos de Análise Institucional e da intercessão não deve ser renegada. Pensamos que diante de presença ou ausência de determinadas categorias ou “porta-vozes” de certos saberes, os demais participantes do processo da intercessão e da AI manifestam-se mais ou menos. Quando os psiquiatras estavam presentes nas Reuniões Gerais (nas quais ocorria a Análise Institucional e que eram o lócus privilegiado da intercessão), parece que temos elementos suficientes para dizer que, muitas vezes, o discurso institucional pendia para práticas medicalizadoras, positivistas, modernas. Quando o Analista Institucional estava presente, parece que ganhavam mais força os discursos pautados na Atenção Psicossocial e a proposição de práticas alternativas à medicalização. Sob este aspecto, talvez até possamos dizer que a intercessão foi um potente analisador que serviu à AI. No entanto, é preciso lembrar que a intercessão não deve ser resumida ao seu estatuto de analisador.

6 QUESTÕES FINAIS

A análise realizada no capítulo anterior parece indicar em algumas direções. A primeira delas é que ainda precisamos envidar alguns esforços no sentido de melhor caracterizar o que é o dispositivo intercessor, quais são suas ferramentas, como ele se operacionaliza. No entanto, deriva dos pressupostos do próprio dispositivo intercessor que isso só pode ser feito em ato. Em consequência disso, na experiência relatada neste trabalho vimos momentos em que a ação do intercessor confunde-se com a do interventor, a do pesquisador, a do analista institucional... Mas isso não parece ser de todo um problema, pois, no estágio em que estamos de desenvolvimento desse dispositivo, os erros devem ser apontados e discutidos, bem como novas propostas podem ser enunciadas justamente para que possam ser melhor trabalhadas nas futuras intercessões.

Temos também que considerar que o dispositivo intercessor pode ter sucesso ou não. O insucesso talvez se justifique pelo curto tempo da intercessão, ou porque o intercessor se situou mal, ou ainda porque naquele momento não foi possível juntar as condições para que se processasse uma mudança mais substancial e duradoura. O fato de não ter conseguido uma inflexão permanente na instituição não invalida o processo da intercessão nem põe em dúvida a efetividade de outras possíveis tentativas.

Outro caminho que o dispositivo intercessor parece permitir percorrer é no sentido da superação dialética do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador pelo Paradigma Psicossocial, ambos anunciados por Costa-Rosa (2000).

Nesse trabalho, Costa-Rosa analisa os paradigmas que considera representarem a contradição essencial no campo da Saúde Mental com base em quatro parâmetros: concepções de “objeto” e “meios de trabalho”; formas de organização do dispositivo institucional; formas de relacionamento com a clientela; formas de seus efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos. (COSTA-ROSA, 2000, p. 151-152).

No Modo Asilar, forma de expressão característica do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, o “objeto” das práticas institucionais é concebido a partir de uma ênfase nas determinações orgânicas dos problemas psíquicos, o que

implica que o tratamento seja prevalentemente medicamentoso. O sujeito (do desejo) é praticamente desconsiderado resultando que ele não invista na sua participação como determinante para o tratamento. A visão que se tem do Sujeito é de que ele esteja “doente”, implicando que o tratamento seja quase exclusivamente centrado nele.

Quanto aos meios de trabalho, apesar de já contarem com equipes multiprofissionais, o Sujeito objeto do PPHM é fragmentado e os profissionais lidam com ele quase como numa “linha de montagem” taylorista; a única forma de comunicação entre a equipe é pelo prontuário.

Ainda neste Modo Asilar, as relações intra-institucionais são organizadas de maneira vertical, hierarquizada pelas funções. Como já dissemos anteriormente, a forma como a instituição se organiza reflete na forma como ela lida com sua população. Assim, o relacionamento entre a instituição e os sujeitos da demanda no Modo Asilar se caracteriza pela imobilidade e mutismo destes. A instituição tende a funcionar como espaços depositários e de tutoria.

Por fim, como finalidade ética e efeitos em termos terapêuticos, apontamos no Modo Asilar a remoção ou o tamponamento de sintomas cujos reflexos na sociedade parecem implicar mais em uma adaptação dos Sujeitos (COSTA-ROSA, 2000, p. 152-163).

O dispositivo intercessor parece ser um meio pelo qual podemos superar essa caracterização hospitalocêntrica medicalizadora e organizar a instituição de acordo com o proposto no Modo Psicossocial.

Neste Modo Psicossocial, o “objeto” das ações é considerado a partir de seus fatores psíquicos e biossocioculturais como determinantes (tal como já expusemos a partir da psicanálise e do materialismo histórico). Os “meios de trabalho” são psicoterapias, socioterapias, oficinas, reintegração sociocultural, além da medicação. A dimensão subjetiva é considerada como fundamental resultando num investimento na integração do Sujeito em seu processo de produção de saúde. O ambiente no qual o sujeito se insere é envolvido como campo de análise e interação.

A loucura e o sofrimento psíquico não têm mais de ser removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como parte da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito. Os

conflitos são considerados constitutivos e designam o posicionamento do sujeito e o lugar sociocultural do homem. (COSTA-ROSA, 2000, p. 155).

Quanto à organização institucional, o Modo Psicossocial busca integrar a participação da população assistida ou não em sua organização (princípio derivado da Reforma Sanitária). O relacionamento com sua população reproduz a forma de organização da instituição: os profissionais enfatizam a escuta diferenciada dos Sujeitos. De acordo com Santos (2001), por ter sido o princípio mais negligenciado no âmbito das regulações, a comunidade foi também a menos obstruída (pelo menos até agora) pelo discurso da ciência moderna representando, portanto, uma brecha possível de ser ocupada na tentativa de superação do modelo vigente.

O efeito final terapêutico e ético desta forma alternativa de organização é igualmente a eliminação dos sintomas, mas isso não é seu objetivo fundamental. O que de fato se visa é o reposicionamento do Sujeito frente a sua questão como já explicitamos.

O dispositivo intercessor parece ainda permitir pensar sua operatividade sob três aspectos: Atenção definida fora do princípio doença-cura; formação de profissionais inseridos na práxis cotidiana da Atenção Psicossocial; produção de conhecimento fora dos modelos universitários tradicionais. Segundo Costa-Rosa (2007), o dispositivo intercessor “é também uma forma de produção de conhecimento e de pesquisadores sustentando a meta radical da formação em ação e da produção de conhecimento capazes de subverter a lógica da divisão do trabalho do Modo Capitalista de Produção”.

Nesse sentido, o autor propõe pensarmos o processo de produção de saúde e de conhecimento como um contínuo, ou seja, compondo a produção de conhecimento a partir de uma prática como intercessor (dimpc).

Propõe então a organização do processo de produção de saúde-adoecimento-Atenção-Atenção-formação-produção de conhecimento. Nesta formulação, os três primeiros termos se remeteriam ao dispositivo intercessor e os três últimos ao dispositivo intercessor como meio de produção de conhecimento. Percebemos que o “elo” entre esses processos se faz pela oferta de Atenção, daí a

importância que temos dado à práxis. Convém, no entanto, definir melhor cada etapa deste processo.

Primeiramente temos que “saúde”, agora tomada a partir de sua definição pela VIII Conferência Nacional de Saúde e, portanto, pela Lei 8080/90, só pode ser pensada como efeito de uma organização social complexa. Assim, a Atenção à saúde (que definiremos a seguir) seria apenas um de seus determinantes.

Sobre a concepção de adoecimento, se compreendido como um estado particular pelo qual o Sujeito se apresenta (como tentamos expor no cap. 1), apontamos que se trata de um entendimento do termo que se orienta fora do princípio doença-cura, ou seja, temos que o adoecimento e os impasses devem ser compreendidos como formas tomadas pelo Sujeito durante o processo de subjetivação. Com isso, não podemos deixar de analisar o adoecimento como possível produto de práticas centradas exclusivamente na Atenção (como nos casos dos efeitos iatrogênicos característicos do PPHM).

O que podemos dizer sobre a Atenção como vértice de organização do processo de produção de saúde (saúde-adoecimento-Atenção ou s-a-A) é que geralmente ela está associada ao trabalho, à assistência, à intervenção sobre a doença, ao princípio de curar ou ajustar qualquer formação considerada desviante ou indesejada. Inserido neste processo s-a-A, o dispositivo intercessor busca romper com sua lógica e sua ética medicalizadora introduzindo aí os princípios da Saúde como produção social complexa (que pode incluir os impasses).

A articulação do dispositivo intercessor à produção de conhecimento se dá exatamente pelo vértice da Atenção como campo predominante da práxis no qual deve ser formado o intercessor encarnado. Como pretendemos mostrar anteriormente, o intercessor só se produz em ato.

Conforme já dissemos, a Universidade, de modo geral, forma tanto técnicos para o mercado como produtores de conhecimento ou pesquisadores de acordo com os moldes clássicos modernos. O dispositivo intercessor deve servir para superar essa divisão entre as duas vertentes da formação. Também por isso, o intercessor necessariamente vai a campo.

Se ressitutados nessa proposta de formação a partir da práxis da Atenção, parece que podemos afirmar que a produção de conhecimento também vai sofrer os efeitos da nova organização, dentre os quais apontamos como principal a superação da divisão do trabalho entre os que pensam ou decidem e os que executam ou replicam tal como acontece no MCP.

REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, E. M. A.; BARROS, M. E. B.; OLIVEIRA, S. P. **Cotidiano em análise:** algumas incursões. In: RODRIGUES, H. B. C.; LEITÃO, M. B. S.; BARROS, R. D. B. (org). **Grupos e instituições em análise.** 2ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2000.
- BASAGLIA, F. (coord). **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1985.
- BAREMBLITT, G. **Cinco lições sobre transferência.** São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.
- BRASIL, Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/lei8080.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde, **Saúde Mental no SUS:** os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CABAS, A. G. **Do mais-um.** In: JIMENEZ, S (org.) **O Cartel:** conceito e funcionamento na escola de Lacan. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1994.
- CLAVREUL, J. **A ordem médica:** poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- CHAVES, W. C. **A determinação do sujeito em Lacan:** da reintrodução na psiquiatria à subversão do sujeito. São Carlos: EdUFSCAR, 2005.
- CODO, W. **O que é alienação.** 10 ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- COSTA-ROSA, A. **A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade.** UNESP/Assis, 2006. Mimeografado.
- COSTA-ROSA, A. **Intercessões e análises sobre o processo de produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico num território municipal.** UNESP/Assis, 2007. Mimeografado.
- COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial:** um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. **Ensaio:** subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- COSTA-ROSA, A. **Modos de produção na Saúde Mental Coletiva:** a clínica como processo de subjetivação. UNESP/Assis, 2010. Mimeografado.

COSTA-ROSA, A.; YASUI, S. Algumas notas para pensar a Psiquiatria Psicossocial. In: RABELO, I. V. M.; TAVARES, R. C.; FARIA, Y. R. A. (org.) **Olhares: experiências de CAPS: Centro de Atenção Psicossocial**. Goiânia: Kelps, 2009.

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

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. **A reforma psiquiátrica no Estado de São Paulo: contribuições à reforma psiquiátrica brasileira**. UNESP/Assis (mimeo), 2008.

ELOY, C. B. (et. all.) O método histórico dialético: contribuições da teoria das representações sociais e da psicologia sócio-histórica. In: CONSTANTINO, E. P. (org.) **Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia**. São Paulo: Arte & Ciência, 2007.

FODRA, R. E. P. (et. all.) Metodologia de pesquisa qualitativa em Saúde Mental: a abordagem dialética. In: CONSTANTINO, E. P. (org.) **Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia**. São Paulo: Arte & Ciência, 2007.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FREUD, S. **Psicologia das massas e análise do eu**. (1921), vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

ILLICH, I. **A expropriação da Saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

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

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

LAMB, I. G. M. **A prescrição de psicofármacos em uma região de saúde do estado de São Paulo: análise e reflexão sobre uma prática**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, UNESP. Assis, 2008.

LEBRUN, G. **O que é poder**. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1984.

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

LOURAU, R. Grupos e instituição, 1988. In: ALTOÉ, S. (org.) **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

LOURAU, R. O instituinte contra o instituído, 1969. In: ALTOÉ, S. (org.) **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

LOURAU, R. Objeto e método da Análise Institucional, 1977. In: ALTOÉ, S. (org.) **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

LOURAU, R. Uma apresentação da Análise Institucional, 1977. In: ALTOÉ, S. (org.) **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MARTINS, A. L. B. **Biopsiquiatria e bioidentidade: política da subjetividade contemporânea**. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em <<http://bvssp.cict.fiocruz.br/pdf/martinsalbm.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2009.

MILLER, J. A. **Cinco variações sobre o tema da elaboração provocada**. In JIMENEZ, S (org.) **O Cartel: conceito e funcionamento na escola de Lacan**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1994.

NASCIMENTO, A. C. **A persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado: isto é regulação?**. Dissertação de mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ. Rio de Janeiro, 2003.

RODRIGUES, H. B. C. **Psicanálise e Análise Institucional**. In: RODRIGUES, H. B. C.; LEITÃO, M. B. S; BARROS, R. D. B. (org). **Grupos e instituições em análise**. 2ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2000.

RODRIGUES, H. B. C. (et all). **Crônica de uma intervenção**. In: RODRIGUES, H. B. C.; LEITÃO, M. B. S; BARROS, R. D. B. (org). **Grupos e instituições em análise**. 2ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2000.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2001.

STRINGHETA, L. V. H. **Método intercessor e Saúde Mental: construindo saberes a partir da práxis**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, UNESP. Assis, 2007.

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

ULIANA, A. M. **O trabalhador de Saúde Mental na Atenção Psicossocial: a questão do sofrimento psíquico**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, UNESP. Assis, 2007.