

ANA FLÁVIA DIAS TANAKA SHIMOGUIRI

**O INCONSCIENTE É A POLÍTICA:
CONTRIBUIÇÕES DO DISPOSITIVO INTERCESSOR PARA O
SABER-FAZER DA TERAPIA OCUPACIONAL PSICOSSOCIAL**

**ASSIS
2021**

ANA FLÁVIA DIAS TANAKA SHIMOGUIRI

**O INCONSCIENTE É A POLÍTICA:
CONTRIBUIÇÕES DO DISPOSITIVO INTERCESSOR PARA O
SABER-FAZER DA TERAPIA OCUPACIONAL PSICOSSOCIAL**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Prof. Dr. Silvio José Benelli

ASSIS
2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ana Cláudia Inocente Garcia - CRB 8/6887

S556i Shimoguri, Ana Flávia Dias Tanaka
O inconsciente é a política: contribuições do Dispositivo
Intercessor para o saber-fazer da Terapia Ocupacional
Psicossocial / Ana Flávia Dias Tanaka Shimoguri. Assis,
2021.
301 p. : il.

Tese de Doutorado - Universidade Estadual Paulista
(UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Prof. Dr. Sílvio José Benelli

1. Saúde mental. 2. Atenção psicossocial. 3. Terapia
ocupacional. 4. Psicanálise. I. Título.

CDD 150.1952

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA TESE: O inconsciente é a política: contribuições do Dispositivo Intercessor para o saber-fazer da Terapia Ocupacional Psicossocial

AUTORA: ANA FLÁVIA DIAS TANAKA SHIMOGUIRI

ORIENTADOR: SILVIO JOSÉ BENELLI

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

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

Prof. Dr. SILVIO YASUI (Participação Virtual)
Departamento de Psicologia Social / UNESP/Assis

Profa. Dra. ANA PAULA SERRATA MALFITANO (Participação Virtual)
Departamento de Terapia Ocupacional / UFSCar/São Carlos

Profa. Dra. SYLVIA RIBEIRO FERNANDES (Participação Virtual)
Departamento de Psicanálise / Instituto Sedes Sapientiae/São Paulo

Profa. Dra. ELIZABETH MARIA FREIRE DE ARAÚJO LIMA (Participação Virtual)
Programa de Pós-graduação em Psicologia / UNESP/Assis

Assis, 18 de dezembro de 2020

À minha vó Carlinda,

Foi ela quem primeiro me transmitiu o desejo de inventar um saber-fazer, com criatividade e arte. Nela vejo a força e a ternura de quem pôde passar pelas dores da vida enfeitando e colorindo nossas casas com seus artesanatos.

AGRADECIMENTOS

À Abílio da Costa-Rosa *in memoriam*, o mais sublime dos intercessores, que tanto me inspira com sua história de vida, lutas, ética e desejo; deixou o legado de produzirmos um saber que tenha como Causa as transformações subjetivas e sociais. À Silvio Jose Benelli, que me acolheu como orientanda e se pôs ao meu lado para enfrentar as muitas e constantes problematizações desta tese.

Aos colegas do LATIPPSS e do Instituto Sage, interlocutores fundamentais das discussões que aqui se apresentam. Em especial, à Waldir Périco, que desde o mestrado tem me auxiliado nas inquietações da universidade e da vida.

Aos sujeitos que atendi nos CAPS ou no consultório e às minhas alunas, pela aposta na experiência de produzirmos um saber singular. À Roberto Mielke e Ana Lúcia Girardi, que me receberam como analisante, sustentando comigo as (im)possibilidades do meu desejo.

Aos amigos, de perto e de longe. A todos os meus familiares, sobretudo, àqueles com quem posso compartilhar o cuidado dos meus filhos, pois, sem ajuda deles, eu não poderia concluir este doutorado. Àquelas que mais se fazem presente nos meus dias, Maria Fernanda, Isabela, Jussara, Duana, Juceli e Francieli.

Aos meus filhos, Alice Kimie e Bruno Yoiti, por me levarem a reencontrar o amor na sua forma mais simples – no meio da bagunça colorida que virou nossa casa. Com eles tenho a felicidade que se vive a cada vez...

À Bruno Shimoguri, por ser único no mundo para mim... Sua companhia ao longo desses anos, seja para as conversas políticas ou para as paixões alegres, tem me permitido viver as muitas e diferentes formas de amar.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. **O inconsciente é a política: contribuições do Dispositivo Intercessor para o saber-fazer da Terapia Ocupacional Psicossocial**. 2021. 301p. Tese (Doutorado em Psicologia e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2020.

RESUMO

O objetivo desta tese foi discutir as práticas em Saúde Mental à luz do Paradigma Psicossocial (PPS) postulado por Costa-Rosa. A partir da práxis clínica e institucional em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), se buscou fundamentar uma modalidade de terapia ocupacional na qual as possibilidades de tratamento para o sofrimento psíquico foram pensadas a partir de duas perspectivas: 1) da realidade social capitalista – que produz os determinantes socioeconômicos-culturais do adoecimento; e 2) da realidade psíquica – que produz o inconsciente e seus efeitos em cada estrutura clínica (recalcamento, renegação ou forclusão). Esta reflexão teve a Saúde Mental como campo de trabalho e pesquisa. Partindo do PPS, o Dispositivo Intercessor (DI) tem sido desenvolvido com o objetivo de articular teoria e técnica, saber-fazer, tanto no âmbito dos CAPS quanto no âmbito da Universidade, visando construir terapêuticas fora da lógica da normalização e uma ciência fora da lógica disciplinar. O DI agrega saberes da psicanálise freudolacaniana e do Materialismo Histórico, passando pela Análise Institucional francesa e pela Filosofia da Diferença, é, necessariamente, um referencial transdisciplinar. As reflexões e problematizações trazidas nos ensaios pretenderam demonstrar que (re)inventar a terapia ocupacional (TO) é tão possível quanto eticamente necessário, assim, apresentamos a Terapia Ocupacional Psicossocial como uma ampliação da clínica, em direção ao sujeito cidadão e ao sujeito do inconsciente, de modo que as dimensões subjetiva e social tornam-se indissociáveis. O referente de ação da TO Psicossocial é o sujeito entre homens e entre significantes e seu principal meio de trabalho é o fazer atividades. O trabalho artesanal é considerado por Marx como a atividade vital do processo de humanização, em que ao fazer a pessoa faz a si mesmo, e é considerado pela psicanálise como uma tentativa de suplência, de estabilização, uma resposta singular aos impasses de subjetivação. O aspecto simbólico-criativo das atividades artísticas se desdobra em outras possibilidades do sujeito estar no laço social, outras formas de linguagem, outros significantes. Acreditamos que, somente por intermédio da ampliação da clínica será possível superar as terapêuticas ocupacionais do Paradigma Psiquiátrico Medicalocêntrico Hospitalizador, e, somente por intermédio da transdisciplinaridade e da complementaridade dos saberes, será possível fazer avançar a Saúde Coletiva e a Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Psicossocial. Terapia Ocupacional. Psicanálise de Freud e Lacan. Arte.

SHIMOGUIRI, A.F.D.T. **The unconscious is the policy: Intercessor Device's contributions to Psychosocial Occupational Therapy's know-how.** 2021. 301p. Thesis (Doctor's Degree in Psychology and Society) – College of Science and Letters, São Paulo's State University "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2020.

ABSTRACT

The objective of this thesis was to discuss Mental Health practices from the Psychosocial Paradigm (PSP) postulated by Costa-Rosa. From the clinical and institutional *praxis* in Psychosocial Care Centers (PCC), we aim to substantiate an occupational therapy modality in which the treatment possibilities for psychic suffering are thought from two perspectives: 1) the capitalist social reality - that produces the socioeconomic-cultural determinants of illness; and 2) the psychic reality - that produces the unconscious and its effects on each clinical structure (repression, renegade or foreclosure). Our field of work and research is the Psychosocial Care. Based on PSP, the Intercessor Device has been developed to articulating theory and technique, know-how, in PCC and in the University's field, aiming to produce therapies outside the logic of normalization and also a science outside the disciplinary logic. The ID aggregates knowledge from Freud and Lacan's psychoanalysis and Historical Materialism, passing through the French Institutional Analysis and the Philosophy of Difference, it is necessarily a transdisciplinary reference. The reflections and problematizations that have been brought up in the essays intend to demonstrate that (re)inventing occupational therapy (OT) is as possible as ethically necessary, thus, we present the Psychosocial Occupational Therapy as an extension of the clinic, including the citizen subject and the subject of the unconscious, so that the subjective and social dimensions are inseparable. The action referent of Psychosocial OT is the subject among men and among signifiers and its main means of work is the process of doing activity. The handicraft is considered by Marx as the vital activity of the humanization process, in which the person makes itself, and it is considered by Freud and Lacan as an activity of substitution, of stabilization, a singular response to the impasses of subjectivation. The focus is on the symbolic-creative aspect of artistic activities that opens up others possibilities of being in social bond, others language forms, others signifiers. Only through the expansion of the clinic it will be possible to overcome the Hospitalocentric Medicalizing Psychiatric Paradigm's occupational therapies, and, only through transdisciplinarity and complementarity of knowledge will be possible to Collective Health and Psychosocial Care advancing.

Keywords: Mental Health. Psychosocial Care. Occupational Therapy. Freud and Lacan's psychoanalysis. Art.

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

AB – Atenção Básica

AIE – Aparelhos Ideológicos de Estado

ASSIST – Alcohol, smoking and substance involvement screening test

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantil

CBSM – Congresso Brasileiro de Saúde Mental

CECCO – Centro de Convivência e Cooperativa

CETO – Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIOP – Consórcio Intermunicipal do Oeste Paulista

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

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

DA – Discurso do Analista

DC – Discurso do Capitalista

DH – Discurso da Histórica

DI – Dispositivo Intercessor

DIMPC – Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de Conhecimento

DIMPS – Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de Subjetividade

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

DRS – Divisão Regional de Saúde

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DU – Discurso da Universidade

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FGV – Fundação Getúlio Vargas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBRE – Instituto Brasileiro de Economia

LATIPPSS – Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e “Subjetividade da saúde”

MCP – Modo Capitalista de Produção

MG – Minas Gerais

MLA – Movimento da Luta Antimanicomial

MST – Movimento dos Trabalhadores sem Terra

MTOD – Método de Terapia Ocupacional Dinâmica

MTSM – Movimento de trabalhadores em Saúde Mental

NA – Narcóticos Anônimos

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PEH – Processo de Estratégia de Hegemonia

PNASH – Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares

PNH – Programa Nacional de Humanização

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PPHM – Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador

PPS – Paradigma Psicossocial

PSM – Programa de Saúde Mental

PT – Partido dos Trabalhadores

PTS – Plano Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RPb – Reforma Psiquiátrica brasileira

RRAS – Rede Regional de Atenção à Saúde

RS – Reforma Sanitária

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SMC – Saúde Mental Coletiva

SP – São Paulo

STOR – Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação

SUPERA – Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Terapias Cognitivas Comportamentais

TO – Terapia Ocupacional

UA – Unidade de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UNESP – Universidade Estadual Paulista

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Fundamentos teórico-conceituais da Terapia Ocupacional Psicossocial	15
Primeiras histórias de uma terapia não tão ocupacional, ou, do encontro com a psicanálise ...	21
O Censo Psicossocial	29
Teoria da técnica: o saber-fazer no Dispositivo Intercessor	32
Forma ou form(ato)?	38
Apresentação dos ensaios	40
Referências Bibliográficas	43

ENSAIO 1

O DISPOSITIVO INTERCESSOR DE MARX A LACAN

Resumo	52
Introdução	54
Algumas considerações sobre a tecnociência capitalista	58
O trabalho vivo em ato na produção de saber	63
O inconsciente é a política: Dispositivo Intercessor de Marx a Lacan	68
Atenção Psicossocial e demanda integral territorializada	72
Considerações Finais	77
Referências Bibliográficas	79

ENSAIO 2

PARADIGMA DA PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: A TERRITORIALIDADE DO ADOECIMENTO E SEUS DETERMINANTES SOCIOECONÔMICOS-CULTURAIS

Resumo	87
Introdução	89
O Paradigma da Produção Social da Saúde	94
A regulação do dinheiro no Território	99
Territorialização em Saúde	105
Intersetorialidade para uma saúde socializada	113
Considerações Finais	120
Referências Bibliográficas	122

ENSAIO 3

IMPASSES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: QUAL TRATAMENTO PARA O SOFRIMENTO PSÍQUICO NO PACTO SOCIAL?

Resumo	130
Introdução	132
Pobreza é doença? A Demanda Social no campo da Saúde	137
A luta de classes no Brasil: da senzala ao hospital psiquiátrico	140
Entraves socioculturais para a consolidação da atenção psicossocial no Oeste paulista	148
Considerações Finais	164
Referências Bibliográficas	166

ENSAIO 4

O LUGAR NECESSÁRIO DO PARADIGMA PSICOSSOCIAL PARA AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Resumo	177
Introdução	179
Clínica parcialmente ampliada na Reforma Psiquiátrica brasileira	186
Problematizando as terapêuticas na Atenção Psicossocial	191
Paradigma Psicossocial: entre o Cidadão de Direitos e o Sujeito do Inconsciente	202
Considerações Finais	206
Referências Bibliográficas	209

ENSAIO 5

POR QUE O TRATAMENTO DA PSICOSE NO CAPS EXIGE UMA TERAPIA OCUPACIONAL AMPLIADA PELA PSICANÁLISE DE FREUD E LACAN?

Resumo	222
Introdução	224
Histórias da Terapia Ocupacional e da Reforma Psiquiátrica brasileira	230
Qual uso das atividades artísticas em Terapia Ocupacional?	251
Instante de ver: breve introdução sobre a foracclusão como estrutura	255
Paranoia, esquizofrenia e melancolia como sub-modalizações da foracclusão	267
Momento de compreender: relatos de uma terapia ocupacional	270
Tempo de concluir: a construção do caso	275
Considerações Finais	285
Referências Bibliográficas	293

APRESENTAÇÃO

Eu me endereço aqui àqueles que fazem parte do grupo de psicanálise que representamos. Gostaria que vocês dessem conta de que se ele está constituído como tal é para uma tarefa que não comporta nada menos para cada um de nós do que o futuro – o sentido de tudo que fazemos e teremos na continuação da nossa existência. Se vocês não vêm para colocar em causa toda sua atividade, não vejo por que estão aqui (LACAN, 2009, p. 16).

Fundamentos teórico-conceituais da Terapia Ocupacional Psicossocial

De início, cabe esclarecer que quem escreve esta tese é uma trabalhadora, que desde seu primeiro emprego, em 2010, esteve envolvida com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com as políticas públicas da Atenção Psicossocial. Tão logo coleí grau como terapeuta ocupacional, assumi um cargo público e iniciei minha carreira num Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad) de uma cidade de pequeno porte no interior paulista, mais precisamente, no Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente/SP (DRS XI) – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Região de Saúde do Extremo Oeste Paulista.

A inserção como trabalhadora no SUS antecede a inserção na universidade como pesquisadora, de maneira que meu percurso pela Pós-Graduação em Psicologia, sob a orientação do Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa e do Prof. Dr. Silvio José Benelli, me permitiu entender que se trataria de produzir um saber sobre minha *práxis* como trabalhadora. Então, esclareço que as elaborações teóricas que aqui ensaio e apresento como tese de doutorado têm como pano de fundo minha vivência de trabalhadora na RAPS do DRS XI, de 2010 a 2020.

Ao longo dos primeiros anos no CAPSad, passei por muitos momentos de crise profissional, pois minha graduação não contemplou suficientemente a formação em Saúde Mental, tendo sido mais centrada na atuação da Terapia Ocupacional (TO) em Educação Especial e em Reabilitação Neuromotora. Como me faltavam muitos referenciais teóricos e técnicos que pudessem orientar meu trabalho no CAPS, eram muitas as minhas indagações relativas ao lugar da TO na Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb).

A “Escola Metodista”, no primeiro século antes de Cristo, foi a primeira corrente médica a propor a utilização das atividades manuais como terapias para preservar, melhorar e/ou restaurar algumas funções mentais prejudicadas, foram os metodistas que aproximaram a ocupação da medicina, defendendo o aforisma: “A ocupação é o grande médico da natureza” (PÉRGAMO apud BENETTON, 2006, p. 25). Para os metodistas, de acordo com Benetton (2006, p. 25):

As atividades utilizadas como fonte de observação do doente eram capazes de promover o retorno da consciência, se não definitivamente, pelo menos de forma temporária. Buscando encontrar elementos de contraposição para a mania, os metodistas comprovaram que alguns tipos de atividades como jogos, teatro e música provocavam certas emoções, e que para determinadas pessoas podiam ser tanto benéficas como prejudiciais no processo de cura.

Embora a percepção das propriedades “terapêuticas” das atividades remeta às civilizações clássicas da Grécia e da Roma Antiga, foi somente no início do Século XIX, em 1801, com a publicação do livro “Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania”, de Pinel (2007), que o uso terapêutico da ocupação ganhou adjetivos psiquiátricos, alcançando, definitivamente, o patamar médico-científico e o auge do seu reconhecimento social. Não se falava ainda em TO, mas sim em Tratamento Moral (PINEL, 2007), também conhecido por laborterapia, praxiterapia, ergoterapia, etc. (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001; BENETTON, 2006).

Pinel foi propulsor do alienismo e propôs que o trabalho mecânico rigorosamente executado era capaz de garantir a manutenção da saúde. Constituindo-se, portanto, como uma terapêutica, a laborterapia era supostamente capaz de fazer o alienado mental voltar à racionalidade, por restabelecer-lhe hábitos saudáveis e reorganizar seu comportamento. Assim, a doença que causava contradições da razão e atitudes antissociais poderia ser combatida pela ocupação, pelo trabalho. [...]. Acreditava-se que a laborterapia desempenhava uma função corretiva e disciplinar, sendo o principal recurso para a organização e manutenção do ambiente asilar, porque contrapunha-se ao ócio desorganizador⁴ (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017a, p. 846).

A psiquiatria pineliana (2007) ao definir a laborterapia como uma terapêutica fez muito mais do que dar ao uso das atividades o *status* de tratamento psiquiátrico. Shimoguiiri e Costa-Rosa (2017b) se baseiam nas obras “A História da Loucura na Era Clássica” (FOUCAULT, 1961 apud SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017b) e “A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do Alienismo” (CASTEL, 1978 apud SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017b), para afirmar que, além das questões científicas que permeavam a medicina, havia uma exigência social, político-econômica, decorrente do MCP para que a laborterapia fosse implantada nos asilos.

A designação Terapia Ocupacional surgiu como título de um curso de aperfeiçoamento, em 1908, nos Estados Unidos, ministrado para os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos, os cuidadores. Em 1911, Eleanor C. Slagle participou de um desses cursos, e em 1915, coordenou o primeiro curso técnico de formação de terapeutas

ocupacionais, nomeado “Treinamento de Hábitos” (BENETTON, 2006), defendendo que “a ocupação usualmente curativa serve para suplantar alguns hábitos, modificar outros e construir novos, para que ao final, as reações a hábitos sejam favoráveis à restauração e manutenção da saúde” (BENETTON, 2006, p. 33). O Treinamento de Hábitos, nos moldes do Tratamento Moral (PINEL, 2007), visava ao tratamento dos pacientes institucionalizados, com o propósito de promover sua reinserção social (BENETTON, 2006).

No Brasil, o primeiro registro sobre o uso de atividades ocupacionais é de 1852, ano de fundação do Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro. Em 1929, ocorreu, na Universidade de São Paulo (USP), a defesa da tese de Henrique de Oliveira Matos intitulada “Laborterapia nas Afecções Mentais”, e a partir daí se iniciou um período de grande expansão na literatura científica sobre o uso terapêutico da ocupação nos hospitais psiquiátricos. Contudo, a despeito disso, e mesmo com o aparecimento nos anos seguintes de importantes trabalhos, tais como o coordenado por Nise da Silveira, em 1946, no Setor de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Pedro II, não foi na área da Saúde Mental que a TO fez fortuna (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001). Conforme narram Shimoguri e Costa-Rosa (2017a, p. 847):

No Brasil, não foi nas instituições psiquiátricas que as terapêuticas ocupacionais alcançaram reconhecimento, mas, sim, nos programas de reabilitação profissional instituídos pelo governo Vargas, nos quais a TO consolidou-se enquanto prática especializada no tratamento dos acidentados de trabalho, dos pacientes crônicos e dos deficientes sensoriais e físicos^{9,12}. Com a evolução da Ciência Moderna¹³, extremamente positivista, os terapeutas ocupacionais brasileiros afeiçoaram-se ao biologismo¹⁴, sendo incorporados ao quadro profissional dos serviços especializados em reabilitação física e tecnologia¹⁵. [...] O primeiro curso técnico de TO foi criado em 1959, voltado para a Reabilitação Física¹⁵; paramentados pelo paradigma flexneriano¹⁶, em que o funcionamento do corpo humano é comparado ao de uma máquina e as doenças são tratadas por uma etiologia exclusivamente fisiológica, os programas terapêuticos ocupacionais centravam-se nas afecções orgânicas¹⁵.

As concepções de saúde e de doença, de normal e de patológico, bem como as concepções sobre a cura e suas terapêuticas, são construídas a partir de uma realidade histórico-cultural (CLAVREUL, 1978), assim, para compreender como a TO adentrou a Saúde Mental é necessário remontar um percurso histórico, sobretudo, político-econômico, no que diz respeito às injunções do Modo Capitalista de Produção (MCP) nas práticas médicas e, conseqüentemente, nas terapêuticas psiquiátricas, psicológicas e ocupacionais (SHIMOGURI; COSTA-ROSA, 2017a; 2017b; 2017c).

É preciso deixar claro que os estabelecimentos institucionais para onde foram levados os sujeitos em sofrimento psíquico intenso, asilos e manicômios no Séc. XIX, hospitais psiquiátricos no Séc. XX e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Séc. XXI, historicamente, têm cumprido uma função específica de agenciamento das crises político-econômicas do MCP, (re)produzindo nas formas de atenção à saúde, incluindo as práticas da TO, a ideologia capitalista e as relações de dominação-subordinação inerentes à luta de classes (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017a; 2017b; 2017c).

De acordo com Shimoguiiri e Costa-Rosa (2017a; 2017b), a clínica da TO na Saúde Mental não avançou muito além da ideologia capitalista e da filosofia do Tratamento Moral (PINEL, 2007), pois, ainda é sob o viés do alienismo que, frequentemente, se aplica a TO nos estabelecimentos da RAPS. Como grifam os autores: “Chamamos a atenção para o fato de que, mesmo passados duzentos anos da psiquiatria pineliana, o uso das atividades continua ligado de alguma forma às antigas instituições asilares do século XVIII” (2017a, p. 847).

Eu estava certa de que as terapêuticas ocupacionais pautadas pelo Tratamento Moral (PINEL, 2007) não serviriam para compor a sustentação da minha prática como trabalhadora comprometida com a RPb. Então, já que eu não queria repetir a lógica asilar nas facetas do alienismo reformado, precisava realizar uma análise crítica do que se pretendia com o uso das atividades no CAPS, mas por onde começar? Diante disso, eu me perguntava: qual é a minha função como terapeuta ocupacional? De que forma a ocupação se torna, ou não, terapêutica? O que diferencia o artesanato feito com a TO do artesanato feito com outros profissionais? Fazer atividades é terapia para o quê? Qual é a especificidade da TO na Saúde Mental?

As dificuldades de atuação eram diversas, pois, há que se considerar que a TO na Saúde Mental parece não ter um “corpo próprio”, isto é, um objeto-formal abstrato que lhe sirva como o referente de ação, haja vista que a Psiquiatria e a Psicologia, antes de nós, já haviam se apropriado do estudo da mente e do comportamento humano. Por outro lado, no plano das práticas cotidianas dos estabelecimentos de Saúde Mental, as oficinas terapêuticas constituem espaços compartilhados por vários tipos de trabalhadores, assistentes sociais, enfermeiros, artesãos, educadores físicos, entre outros.

Minha impressão era de que todas as especialidades estavam bem colocadas no CAPS: a assistente social atuava para garantir alguma fonte de sustento para as pessoas que necessitavam afastar-se do trabalho para se tratar; a enfermeira se encarregava de controlar o fluxo das medicações, fazendo orientações sobre seu uso; a educadora física realizava atividades esportivas e recreativas; o médico prescrevia as medicações; os artesãos

ministravam oficinas de tear e de artesanatos variados, e, paralelamente, todos os profissionais, vez ou outra, se utilizavam de atividades de pintura, música, dança e artesanatos durante suas intervenções.

Se o uso das atividades estéticas não era atividade privativa da TO, onde eu me encaixaria no CAPS? Particularmente, uma indagação me incomodava: o que eu faria na coordenação de uma oficina terapêutica que uma psicóloga ou uma psiquiatra não poderia fazer? De saída, fui assumindo funções multidisciplinares, que, em tese, qualquer um da equipe poderia assumir: realizar grupos de família, grupos operativos motivacionais, fazer contato com outros estabelecimentos (da Atenção Primária, da Educação e da Assistência Social), desenvolver ações comunitárias de educação em Saúde, fazer triagem e acolhimento, elaborar e responder ofícios, coordenar ações de matriciamento, etc.

Entre os anos de 2010 a 2012 me dediquei ao estudo dos “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas”, seguindo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID 10 (OMS, 1997), fiz todos os cursos de formação disponibilizados pela Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD) e pelo Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), órgão da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Além disso, ainda cursei uma pós-graduação em Terapia Familiar Sistêmica.

Eu trabalhava, em grupos e em atendimentos individuais, com os seguintes métodos de tratamento: 1) Formas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas (ZEMEL, 2010; BUCHELE; CRUZ, 2010); 2) Treinamentos de habilidades para enfrentar as situações de risco para recaídas, com ênfase nas estratégias de fuga e de enfrentamento ensinadas pelas terapias cognitivas e comportamentais (DE BONI; KESSLER, 2010); 3) Entrevista Motivacional (DE BONI; KESSLER, 2010; DE MICHELI; FORMIGONI, 2011); 4) Aconselhamento (DE BONI; KESSLER, 2010); 5) Intervenção Breve (DE BONI; KESSLER, 2010; DE MICHELI; FORMIGONI, 2011); 6) Terapia de Família (DE BONI; KESSLER, 2010; BUCHELE; CRUZ, 2010; MINOZZO; FRANÇA, 2011); e 7) Terapia Comunitária (DUARTE, 2010; PECHANSKY, 2011).

Apesar de eu ter me dedicado à especialização na temática sobre álcool e drogas, com uma ampliação curricular notória na esfera das terapias cognitivas e comportamentais (TCC), tendo estudado e trabalhado muito, no cotidiano de trabalho, eu não encontrava resultados satisfatórios. Percebia que meus atendimentos continuavam sem fazer diferença significativa

para o que naquele momento era o intuito do tratamento no CAPSad, isto é, alcançar índices de abstinência para evitar internações.

A despeito dos atendimentos de TO e dos atendimentos oferecidos pelos outros profissionais, pouquíssimos pacientes conseguiam se manter abstinentes ou mesmo reduzir o consumo de álcool e outras drogas a quantidades que não lhes causassem grandes prejuízos pessoais, familiares e sociais. Isso era evidenciado pelo fato de que, no período de doze meses – ano de 2012 –, foram solicitadas pelo CAPSad 86 (oitenta e seis) vagas para internação psiquiátrica: 81 (oitenta e uma) em hospitais psiquiátricos e 5 (cinco) em comunidades terapêuticas religiosas (SHIMOGUIRI, 2016; SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014).

Os critérios para internação nos hospitais psiquiátricos ou nas comunidades terapêuticas, conforme dispunha a SENAD (BRASIL, 2011), eram avaliados pelo teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST), incluso na capacitação oferecida pelo curso “Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento – SUPERA”. O ASSIST é um questionário composto por apenas oito questões e que pode ser aplicado em meia hora, de acordo com a pontuação obtida o resultado indica: nenhuma intervenção; receber Intervenção Breve ou encaminhar para tratamento mais intensivo (BRASIL, 2011).

Além das limitações óbvias do ASSIST, quanto à dificuldade de se avaliar em poucas perguntas e tão rapidamente uma questão complexa como a dependência do álcool e outras drogas, havia o agravante de que no entendimento da equipe do CAPSad, “tratamento mais intensivo” era sinônimo de hospital psiquiátrico. Mas, como explicar que o CAPS, que surgiu para substituir os hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2001; 2002a; 2002b), recorria tanto à internação? Como era possível que as possibilidades de tratamento no território se esgotassem tão facilmente? No ano de 2012, ainda não havia no DRS XI vagas reservadas para os encaminhamentos da Saúde Mental para internação ambulatorial nas enfermarias dos hospitais gerais e não havia nenhum CAPS III implantado ou outro tipo de estabelecimento da RAPS que pudesse receber internações breves, para contenção de crises. O que tudo isso significava?

Às questões de indefinição da minha identidade profissional, se somaram muitas outras, referidas à Atenção Psicossocial Estratégica: quais os objetivos dos CAPS? Por que, mesmo com a RPB já em curso há pelo menos três décadas, ainda havia no DRS XI quatro hospitais psiquiátricos funcionando? O que verdadeiramente diferencia os CAPS dos hospitais

psiquiátricos? Foram estes alguns atravessamentos que surgiram a partir do meu cotidiano de trabalho, nas reuniões de equipe, em cada discussão de caso....

Com essas perguntas iniciei minha busca por outro referencial, diferente dos que eu tinha até então, e foi assim que, no primeiro semestre de 2012, me inscrevi, como aluna especial, numa disciplina ministrada pelo Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa e pelo Prof. Dr. Silvio José Benelli. Foi a partir dessa experiência que ocorreu meu primeiro contato com a Psicanálise de Freud e Lacan e com o Materialismo Histórico. Então, eu encontrei instrumentos éticos, políticos, teóricos e técnicos que me permitiram a começar a ensaiar possibilidades de equacionar os impasses nos quais estava mergulhada, passei a estudar e a me apropriar desses referenciais, que tomei como balizas para minha *práxis*.

Primeiras histórias de uma terapia não tão ocupacional, ou, do encontro com a psicanálise

Desde 2012 venho fazendo o processo de formação em psicanálise tal como ela é exigida em seus quatro âmbitos: 1) o estudo sistematizado da teoria, da técnica e da ética; 2) a *práxis* clínica com os sujeitos em tratamento; 3) a supervisão clínica dos casos atendidos; e, principalmente, 4) o percurso em minha (psic)análise pessoal. Em 2013, sob a orientação de Abílio, ingressei no mestrado e passei a integrar o Laboratório Transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e 'Subjetividade e Saúde' (LATIPPSS). O LATIPPSS é associado ao Grupo de Pesquisa "Saúde Mental e Saúde Coletiva" inscrito no diretório de grupos do CNPq, linha de Pesquisa "Subjetividade e Saúde Coletiva" do Curso da Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade da UNESP de Assis.

Até chegar ao mestrado, eu já havia passado três anos trabalhando no CAPSad, no entanto, não me reconhecia como terapeuta ocupacional, exceto nos meus trabalhos junto a uma população específica, os sujeitos com problemáticas referidas à toxicomania. Foi com eles que pude delinear o que considero ter sido minha primeira atuação como terapeuta ocupacional fora da TCC, o chamado "grupo de trilhas associativas"¹.

Os sujeitos toxicômanos compartilhavam de uma característica, eles não se afeiçoavam à psicoterapia e aos grupos motivacionais paramentados pela TCC, ou seja, pelo Discurso Médico (CLAVREUL, 1978). O Discurso Médico (CLAVREUL, 1978) concebe a

¹ O nome do grupo foi escolhido em menção ao livro de Benetton (2006).

toxicomania pelo prisma orgânico e curativo, isto é, como uma psicopatologia, entendendo que o “dependente químico” é um doente, cujas faculdades mentais não funcionam adequadamente por conta do uso de drogas, de maneira que a cura vem pela abstinência (SHIMOGUIRI; COSTA; BENELLI; COSTA-ROSA, 2019; SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014).

Se o sujeito é considerado como doente e incapaz, conseqüentemente, ele não pode decidir por si mesmo, assim, as decisões sobre os rumos do tratamento são tomadas por outrem, comumente pelos médicos e terapeutas, no máximo com alguma participação dos familiares. O fato do uso de drogas estar associado predominantemente ao estigma da incapacidade pela doença mental justificaria e explicaria o alto número de internações psiquiátricas solicitadas pelo CAPSad (SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014).

Guerra e Vandenberghe (2017) realizaram um levantamento bibliográfico acerca do entendimento dominante sobre a dependência química, analisando as publicações científicas sobre os tratamentos para drogadicção, e concluíram que a maioria das abordagens conceitua o uso de drogas como uma condição potencialmente incapacitante, que exige medidas enérgicas e urgentes, tais quais as internações, até mesmo as involuntárias e compulsórias.

Uma grande porcentagem de dependentes químicos apresenta alterações cognitivas e comportamentais graves, o que os dificulta fazer escolhas saudáveis (Assis, 2011; Ribeiro, Nappo & Sanchez, 2013). Esses indivíduos estão sob domínio da substância e do comportamento de busca pela droga e o uso abusivo. Levando em consideração essa realidade, os autores Jatobá, Calheiros e Lins Júnior (2012) argumentaram, por meio de um estudo, em favor das clínicas involuntárias. É preciso, antes de criticar ou mesmo tentar extinguir algum serviço ou modalidade de tratamento, observar suas contribuições. A clínica involuntária também oferece benefícios a essa população, em face da complexidade que permeia o dependente químico, como preservá-lo de uma decisão precipitada, tendo em vista o imediatismo presente na vida desse sujeito (GUERRA; VANDENBERGHE, 2017, p. 17).

Esta concepção maniqueísta de saúde-doença/normal-patológico foi amplamente discutida na TO. Em 1979, referenciando-se pela prática centrada no cliente (LAW, 1998), uma nova terapia ocupacional começou a ser formalizada no Canadá (MÂNGIA, 2002). Para o modelo canadense de terapia ocupacional, o primeiro passo do plano terapêutico é compreender os ideais socioculturais do paciente, seus interesses, hábitos, comportamentos, etc. De acordo com Mângia (2002a), são características do método da “Terapia Ocupacional Centrada no Cliente” aplicado ao campo da Reforma Psiquiátrica:

A parceria entre terapeuta e cliente e a distribuição de poder envolvida nessa relação; o deslocamento de um tipo de relação terapeuta-cliente muito diretiva e marcada pelo modelo médico, para uma relação onde terapeuta se coloca como um elemento

facilitador; o deslocamento de um modelo de intervenção baseado na diminuição de déficits funcionais, para um modelo mais preocupado com a habilitação segundo metas significativas para o cliente; a importância do ambiente nos resultados da intervenção e o questionamento sobre a utilização de protocolos únicos para avaliação e intervenção que, perdem de vista a singularidade das necessidades de cada pessoa (LAW et al., 1995; MÂNGIA, 1999, p. 128).

A filosofia da Terapia Ocupacional Centrada no Cliente (MÂNGIA, 2002) representa a base das terapias ocupacionais que pretendem corresponder aos ideais da RPb, especialmente, porque se alinha às diretrizes da RAPS: atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas e diversificação das estratégias de cuidado (BRASIL, 2011). Apesar de ser um referencial importante, sobremaneira para pensar a política da Atenção Psicossocial, o modelo canadense por si só não me garantia subsídios metodológicos para trabalhar na dimensão da clínica *stricto sensu*, porque há uma teoria formalizada, mas não há uma técnica que instrumentalize os procedimentos a serem utilizados para o tratamento do sofrimento psíquico, entendido como resultante de um impasse de subjetivação (COSTA-ROSA, 2013).

Todas as oficinas que eu propunha no CAPSad para os sujeitos em uso abusivo de drogas, aos poucos, iam se esvaziando, mesmo que eles gostassem de fazer artesanatos, eles não permaneciam no CAPSad, não se ligavam ao tratamento. Não era suficiente gostar das atividades propostas na TO e frequentar as oficinas todos os dias da semana para se dizer que ali havia um tratamento terapêutico. A partir da Psicanálise do campo de Freud e Lacan, passei a entender que o que faltava na minha terapia ocupacional era incluir o inconsciente freudiano, pois, os métodos baseados nas intervenções cognitivas e comportamentais, mesmo os mais humanizados, só podiam fracassar.

Para a psicanálise, em contraposição ao conhecimento técnico-científico do Discurso Médico (CLAVREUL, 1978), é o saber do sujeito do inconsciente que precisa ser produzido para se ter saúde, um saber que não se sabe *a priori*. Resumindo, as terapias baseadas na consciência e na cognição trabalham com o conhecimento enciclopédico, por isso, o foco não é a escuta do inconsciente que está por detrás dos sintomas e do adoecimento, em vez disso, a psicanálise dá a vez e a voz para o sujeito do inconsciente e a única ordem é a associação livre, falar tudo o que lhe vier à mente, como bem observa Jorge (1978, p. 11): “Associação livre, nesse caso, também da opressão”.

Os autores da TCC, na via avessa a da psicanálise, acreditam que se deve evitar falar sobre drogas, como estratégia de manejo da fissura, pois, supostamente, falar sobre drogas amplificaria os sintomas de abstinência, que, por sua vez aumentariam os riscos de recaídas

(RIBEIRO; LARANJEIRAS, 2012). Assim sendo, para os trabalhadores do CAPSad, era inaceitável ouvir conversas sobre as experiências relacionadas ao uso de drogas, porém, impor a abstinência e censurar as falas sobre drogas, servia apenas para inviabilizar quaisquer propostas de tratamento. O conhecimento médico-psiquiátrico cognitivo-comportamental não opera senão por meio de terapêuticas cosméticas, pois a “cura” baseada na abstinência/normalização exclui o protagonismo do sujeito, logo a abstinência como sinal de cura costuma durar pouquíssimo tempo.

A contribuição da psicanálise para o manejo clínico da toxicomania é essencial, pois, na contramão do Discurso Médico (CLAVREUL, 1978), se pode oferecer aos sujeitos uma oportunidade terapêutica para falar sobre a droga, inclusive sobre os prazeres/gozos que ela lhes proporciona. Ademais, sabemos que, no caso dos toxicômanos, interditá-los com a repressão ao consumo de drogas não diminui os índices de recaída, aliás, tem efeito contrário (SHIMOGUIRI et. al., 2019; SANTOS; COSTA-ROSA, 2007; MELMAN, 1992). Neste sentido, constatei que trabalhar a partir da ética da psicanálise afastava a TO das abordagens reducionistas, tais como a medicalização e a internação.

Já adentrando a Psicanálise do campo de Freud e Lacan, organizei no CAPSad atendimentos grupais para os sujeitos cujas queixas era o abuso de drogas, o “grupo de trilhas associativas”. Semanalmente, os participantes escolhiam uma música que seria coreografada e comentada, na maior parte das vezes, as canções escolhidas eram *raps* cujo tema central discorria sobre o modo de vida na periferia, incluindo a cultura do uso de drogas, as relações familiares e a violência de Estado.

Não demorou para que o grupo fosse censurado pela coordenação, porque na análise da equipe, as letras dos *raps* faziam apologia ao crime e ao uso de drogas, além de conterem palavrões. A equipe não compreendia que a liberdade, sem regulação moral, era, certamente, o diferencial do “grupo de trilhas associativas”, que permitiria a vinculação dos participantes ao tratamento no CAPSad. Felizmente, depois de uma mobilização por parte dos próprios integrantes do grupo durante uma assembleia, tivemos permissão para continuar.

Meus atendimentos incluíam atividades de expressão corporal e verbal utilizando a música como recurso de mediação. Pensar em um “mediador terapêutico”, em algo que correspondesse aos interesses deles, além de ser premissa de atuação da TO, foi necessário, porque o grupo não tinha transferência comigo enquanto sujeito suposto saber (LACAN, 1998a), e, se não há suposição de saber no terapeuta, não há possibilidade de experiência analítica, pois, não há análise sem transferência.

Visto que eu não ocupava o lugar de suposição de saber (LACAN, 1998a), o *rap* foi o mediador que encontrei para trabalhar com eles, como disse um participante: *“Já que eu tenho que tirar uns dias aqui, pelo menos eu vou curtir um som”*². Conforme explica Melman (1992), os sujeitos toxicômanos não costumam ser predispostos à relação transferencial, quanto menos se o terapeuta não é um deles, no sentido de não ter a experiência do uso de drogas, por isso, comumente as figuras que surgem como líderes, aqueles que têm o saber sobre a toxicomania, são pessoas que se “libertaram do vício”; isso se vê nitidamente nos tratamentos feitos em comunidades terapêuticas religiosas e nos grupos de autoajuda.

Ao pensarmos no manejo da transferência, é imprescindível considerar esta particularidade desses sujeitos, vejamos a resposta de um dos participantes quando o convidei para o grupo: *“Você já fumou pedra? Já cheirou pó? Não, né? O que você sabe pra poder ensinar como parar? Esse grupo aqui, tá de chapéu atolado. . .”* Um ponto-chave de diferenciação entre os tratamentos baseados na TCC e os tratamentos baseados na psicanálise é que esta não pretende “ensinar” nada, portanto, é uma terapêutica avessa à disciplina, que não impõe nenhum ideal de saúde associado à normalização, tampouco atribui significados tautológicos e preconceituosos ao uso de drogas.

O objetivo da psicanálise é, justamente, encontrar outros destinos para o sofrimento psíquico fora dos discursos disciplinares: Discurso do Mestre e do Discurso da Universidade (LACAN, 1992). Ao introduzir o Discurso da Histérica e o Discurso do Analista (LACAN, 1992), a psicanálise se isenta dos ideais sedimentados do que é saúde/normalidade, pois, no que propomos chamar de tratamento transdisciplinar, há a superação dos princípios disciplinares doença-cura, sujeito-objeto e saber-poder, isto é, há abertura para diferentes modos de se produzir saúdes e subjetividades, equacionadores do sofrimento psíquico.

Não pretendo neste tópico discutir a toxicomania como fenômeno ou impasse de constituição subjetiva (COSTA-ROSA, 2009), também algumas reflexões sobre o grupo de trilhas associativas já foram por nós escritas e publicadas (SHIMOGUIRI et. al., 2019; SHIMOGUIRI, 2019), mas, decidi falar um pouco mais sobre este grupo para que o leitor possa acompanhar meu trajeto, do Tratamento Moral (PINEL, 2007) à terapia ocupacional psicossocial, contando como se iniciou minha experiência de terapeuta ocupacional referenciada pela Psicanálise lacaniana e pelo Materialismo Histórico de Marx. Para tanto, vou me valer de dois recortes, de duas sessões, que serão apenas utilizados para ilustrar o giro

² É importante destacar que *“Tirar uns dias”* é a gíria que se usa para dizer que está cumprindo pena na cadeia.

discursivo no grupo, e a entrada no Discurso da Histórica (LACAN, 1992), que, como veremos, corresponde a uma implicação subjetiva.

As primeiras músicas escolhidas pelo grupo versavam sobre a revolta, com a família e com a sociedade. Nas sessões, os participantes falavam sobre os conflitos com as figuras representativas da autoridade, essa era uma característica compartilhada por todos os participantes, a tentativa constante de transgredir a regulação que o laço social impõe. Embora os conteúdos de crítica à estrutura social emergentes nas falas do grupo fossem importantíssimos, não havia nenhuma implicação subjetiva e em nenhum momento se cogitou que o uso de drogas talvez fosse mais do que uma consequência familiar/social.

Dedicamos algumas semanas para trabalhar o *rap* “Eu não pedi pra nascer” (FACÇÃO CENTRAL, 2003), era uma música de que todos gostavam. Na letra, o cantor diz que matar a mãe é uma forma de dar fim ao seu ressentimento por ela; observemos que a solução encontrada pelo *rapper* está fora da lei, jurídica e simbólica, sendo uma das faces da toxicomania, ao passo em que o tóxico pode apresentar-se como uma saída clandestina para o mal-estar (SHIMOGUIRI et. al., 2019; BASOLI, 2018; FERREIRA, 2016; COSTA-ROSA, 2009). Diz a letra da música:

Minha goma é suja, louça sem lavar/ Seringa usada, camisinha em todo lugar/
Cabelo despenteado, bafo de aguardente/ É raro quando ela escova os dentes/ Várias
armas dos outros moqueadas no teto/ Na pia mosquitos, baratas disputam os restos/
Cenário ideal pra chocar a UNICEF/ Habitat natural onde os assassinos crescem/ Eu
não queria Playstation nem bicicleta/ Só ouvir a palavra filho da boca dela/ Ouvir o
grito da janela
A comida tá pronta/ Não ser espancado pra ficar no farol a noite toda/ Qualquer um
ora pra Deus pra pedir que ele ajude/ Dê dinheiro, felicidade, saúde/ Eu oro pra pedir
coragem e ódio em dobro/ Pra amarrar minha mãe na cama, por querosene e meter
fogo/ O seu papel devia ser cuidar de mim/ Não me espancar, torturar, machucar, me
bater/ Eu não pedi pra nascer.

Na maior parte do tempo eles conversavam entre si, sem me fazer qualquer demanda de saber sobre a toxicomania, então, era eu que, depois de muito escutar, lhes fazia perguntas sobre o uso de drogas. Diante das frases prontas, enunciadas automaticamente por eles, tal como essa: “A dependência química é uma doença progressiva, crônica, incurável” (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 1993), eu fazia perguntas: “O que vocês sentem quando usam drogas? ”; “Como é a doença dependência química, o que causa isso? ”; “Se não tiver problema familiar nem social, então, a pessoa não se torna um dependente químico? ”; “Por que algumas pessoas experimentar crack, mas não ficam dependentes? ”. As respostas eram várias, e por vezes, contraditórias.

Depois de seis meses, decidi arriscar, apostando que aquele grupo poderia ser um grupo terapêutico, de fato. Então, disse a eles que eu estava pensando em encerrar nossos encontros, minha justificativa: eles não conseguiam entrar num consenso, se a dependência era de causa química, familiar ou social, e assim eu não tinha como pensar num projeto terapêutico para eles, além do que, eu como TO não teria condições de prescrever um remédio para curar a dependência química e nem modificar a família deles, tampouco a sociedade. O grupo ficou quieto como nunca, argumentaram contra minha decisão e, de repente, um dos participantes enunciou:

Ser dependente não tem jeito, não tem cura. É como ter uma solitária na barriga, a gente come e nunca está satisfeito; só que sente fome só de droga. E quando a fome vem, quando dá vontade de fumar, e começa a desandar tudo na barriga, quando a gente já tá peidando (risos), não dá pra pensar, não dá pra falar com ninguém, se não fumar, a solitária come a gente. Eu fico internado dias, sem tomar banho, sem dormir, sem comer. Comida é só crack. Eu gosto mais do que lasanha.

Eu encerrei a sessão dizendo, “Ah, então você gosta? Semana que vem quero que você fale mais disso”. Cabe ao analista introduzir um enigma capaz de histericizar o discurso: “*Che vuoi?*” (LACAN, 1998b, p. 829), “Que queres?”. O terapeuta intervém para que outro sentido seja atribuído ao ato toxicomaniaco, ao entorpecimento, e esse sentido é o da implicação subjetiva. “E, com isso, o discurso analítico pretende fazer o sujeito do desejo advir, ou seja, fazer com que o sujeito toxicômano (assujeitado às drogas) constitua uma demanda de análise pelo desejo de saber” (FERREIRA, 2016, p. 142).

Em “Função e Campo da Palavra e da Linguagem em Psicanálise”, Lacan (1998a) atribui à palavra duas funções distintas: no registro Imaginário ela serve de mediador nas relações intersubjetivas – comunicação –, e no eixo Simbólico, em sua função de revelação, ela serve de caminho para o inconsciente, para a Linguagem como campo do Outro, diferenciando-se, respectivamente, em palavra vazia e em palavra plena (LACAN, 1998a). Assim, falar pode ou não ser o início de uma experiência analítica, dependendo especialmente da recepção-escuta do terapeuta e do manejo da transferência.

Se o desejo do analista é o de que haja análise, minha estratégia foi operar por meio das entrevistas preliminares (LACAN, 1998c; QUINET, 1991), aguardando que, num dado momento, alguma questão sobre si se colocasse aos sujeitos, e, a partir daí, pelo seu discurso, no engano e na dúvida, lhes fosse possível interrogar o fenômeno da toxicomania implicando-se nele, tomando-o como sintoma, em vias de produzir um saber de estatuto inconsciente, que

não se encontra na medicina CID-10 (OMS, 1997), nem na religião (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 1993).

A teoria psicanalítica compreende e trata a toxicomania por um viés diferente do Discurso Médico (CLAVREUL, 1978) e dos discursos religiosos, que são as concepções dominantes nesta área (SHIMOGUIRI et. al., 2019; BASOLI, 2018; SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014; COSTA-ROSA, 2009; SANTOS; COSTA-ROSA, 2007). Pela psicanálise entendemos a pluralidade das toxicomanias e a especificidade de uma forma de gozo que passa ao largo do Simbólico, quando o uso de drogas não é um sintoma constituído na Linguagem (SHIMOGUIRI et. al., 2019; BASOLI, 2018; FERREIRA, 2016; COSTA-ROSA, 2009; SANTOS; COSTA-ROSA, 2007).

Como explica Basoli (2018, p. 100), “O uso de drogas é um convite a uma relação sem mediação, processo que Freud nomeia como regressão tópica à necessidade”. O gozo que se obtém com o tóxico é diferente das modalidades de gozo na clínica das neuroses em que, para gozar, há a formação de um sintoma: “Trata-se de um corpo entorpecido no qual um gozo mudo, que não passa pelos significantes, incide diretamente. A fala é curto-circuitada por um Imaginário que se vê invadido por um Real avassalador” (SHIMOGUIRI et. al., 2019, p. 5).

Nesta direção, Santos e Costa-Rosa (2007) destacam que o uso da palavra é essencial para atenuar a compulsão, para que “o sujeito possa aliviar ou se proteger da carga pulsional, transferindo-a para uma cadeia significativa” (p. 493). Com o passar do tempo, os participantes decidiram que não queriam mais utilizar o horário do grupo para montar as coreografias, as atividades de expressão corporal e de dança foram abandonadas; os participantes do grupo demonstraram que já podiam tomar a palavra para narrar suas próprias histórias, dispensando as composições dos *rappers*.

Tomar a palavra, é uma possibilidade de o sujeito conduzir-se pela via do desejo, de maneira que ele possa exercitar novos registros de gozo, intermediados pela linguagem, diferentes do gozo obtido diretamente no corpo, e, portanto, capazes de competir com o gozo da droga.

Essa realocação do sujeito no campo da linguagem e da subjetividade, que parece essencial à possibilidade de mudar a relação de extrema dependência com a droga, só pode ser conseguida com uma oferta compatível de possibilidades de transferência [...]. Pode-se acrescentar que nesse modo de relação do sujeito com o significante espera-se uma espécie de cifragem do gozo corporal pela linguagem, que pode permitir lidar com os impulsos de usar drogas, de modo a poder responder a eles atenuando a compulsão (SANTOS; COSTA-ROSA, 2007, p. 490).

O “grupo de trilhas” se configurou como um recurso potente no que diz respeito a ter sido um espaço de recepção-escuta onde muitos sujeitos começaram a se interrogar sobre o que o uso de drogas significava na sua vida, e, a partir daí, puderam surgir demandas de tratamento. Ao longo de três anos coordenando este grupo, ao convidar os sujeitos a ocupar seus corpos com movimento e voz, e, depois, a tomar as palavras, em muitos sujeitos os episódios de uso de drogas foram se espaçando e se tornando menos compulsivos, houve efeitos terapêuticos, neste sentido.

Considero que a psicanálise é um referencial teórico-técnico e ético-político fundamental para que a TO possa redimensionar suas práticas, pelo avesso do Discurso Médico (CLAVREUL, 1978). Muitos me perguntam: terapeuta ocupacional ou psicanalista? Para concluir: não deixei de ser terapeuta ocupacional, pois, o que proponho aqui é pensar um alargamento das possibilidades do campo comum da TO, por meio das contribuições da psicanálise, o que é, ao mesmo tempo, a ampliação da própria psicanálise em intenção (RINALDI, 1997; ALBERTI; ELIA, 2000; ELIA, 2010).

O Censo Psicossocial

Voltando ao meu relato de atuação profissional, em 2014, saí do CAPSad, porque fui aprovada no concurso para trabalhar como terapeuta ocupacional de um CAPSi em outro município da DRS XI. Simultaneamente ao trabalho na Atenção Psicossocial Estratégica, participei como pesquisadora e coordenadora de campo da segunda edição do Censo Psicossocial do Estado de São Paulo. Os dados do Censo Psicossocial me sensibilizaram para os atrasos históricos da Atenção Psicossocial no meu território.

Na região de Presidente Prudente/SP, havia 187 pessoas morando nos hospitais psiquiátricos (CAYRES; RIBEIRO; ELIAS; COUTINHO, 2015). Até então, eu não conhecia de perto a realidade dos hospitais psiquiátricos, porque, na graduação, passei por um estágio rápido, sem muitas reflexões críticas sobre a institucionalização, e, no CAPSad, o contato com os hospitais psiquiátricos não era mais do que uma troca de prontuários.

Por que, em 2015, ainda não havia sido implantada nenhuma Residência Terapêutica? Por que parecia não haver entre os gestores locais compromisso com a Desinstitucionalização? Fechados os hospitais, para onde iriam os 187 moradores? Quais mudanças eram necessárias para o funcionamento da RAPS? Passei a me interessar mais pelas questões ético-políticas do DRS XI. Se, por um lado, eu sentia necessidade de me aprofundar

na clínica *stricto sensu*, no âmbito do terapêutico da TO fundamentada na psicanálise, a esta altura, eu já sabia que era igualmente necessário me dedicar ao estudo dos determinantes socioculturais-econômicos da Saúde.

Todas as pessoas que eu atendia no SUS sofriam com a precariedade social, não eram sujeitos sofrendo apenas devido a “transtornos mentais e comportamentais”, como supunha a CID10 (OMS, 1997) e a psiquiatria biomédica, eram sujeitos sofrendo pela pobreza, eram pessoas marginalizadas, sofrendo pela exclusão social. Isto posto, temos chegado à conclusão de que o sofrimento psíquico e a pobreza existem em continuidade (SHIMOGUIRI; BENELLI, 2018; PÉRICO, 2019; COSTA, 2019; COSTA-ROSA, 2013).

Passei a compreender que para o meu trabalho na RAPS – como terapeuta ocupacional nos CAPS, coordenadora e de pesquisadora do Censo Psicossocial e também supervisora clínica-institucional –, era preciso pensar o adoecimento psíquico em conexão com a estrutura social, como fizeram os sanitaristas (MENDES, 2006) e os pensadores da RPb ao correlacionar o adoecimento físico e psíquico com os determinantes socioculturais-econômicos, pois, como concluíram Silva, Santos, Nogueira e Malfitano (2015) sobre a TO no CAPS:

O trabalho do terapeuta ocupacional aparece de forma a extrapolar as questões de saúde o que necessariamente levaria às dimensões intersetoriais, sobretudo quando as questões relacionadas ao trabalho, geração de renda, estudo e escolarização aparecem como importante ação desse profissional. Além disso, os objetivos terapêuticos ocupacionais estão pautados em dimensões humanas impossíveis de serem segmentadas, visando redimensionamento dos projetos de vida, promoção e produção de vida. O que revela também desafios de ordem macrossocial que devem ser considerados (p. 322).

A motivação para o doutorado, assim como para o mestrado, veio das minhas insatisfações com relação à minha prática profissional e com relação ao funcionamento da RAPS no DRS XI. Em 2016, iniciei o doutorado, reafirmando meu desejo de fazer uma terapia ocupacional psicossocial advertida de que o inconsciente é a política – uma terapia ocupacional capaz de compreender o que no adoecimento se refere aos impasses de estruturação psíquica e o que corresponde aos (d)efeitos da estrutura social, tratando num *continuum* clínica e política.

Nosso ponto de partida para pensar ações de trabalho é o Paradigma da Produção Social da Saúde (MENDES, 2006) e o conceito de Território para só-depois focarmos nos impasses de constituição psíquica. De acordo com Malfitano e Bianchi (2013) é preciso que

se tenha uma “compreensão da necessária associação entre as dimensões pessoal e social para que, a partir de uma perspectiva coletiva, se possa falar de intervenções profissionais, como do terapeuta ocupacional”. Sobre a atuação do terapeuta ocupacional em contextos de vulnerabilidade social, para as autoras há “uma estreita relação entre o debate conceitual sobre território e as intervenções em terapia ocupacional, na medida em que esse profissional dedica-se a intervenções em espaços do cotidiano dos grupos com os quais intervém” (p. 564).

Ressalto que não fui da universidade ao CAPS com um problema de pesquisa, para investigar com imparcialidade algum fenômeno em particular, em vez disso, fui do CAPS à universidade, não propriamente para fazer pesquisa (lembrando que inicialmente adentrei a pós-graduação como aluna ouvinte sem pretensão de tornar-me pesquisadora), mas, sim, para buscar subsídios teóricos, técnicos e éticos para analisar e compreender criticamente o meu Território de atuação e ampliar as possibilidades da minha prática de terapeuta ocupacional. Avalio que meu percurso no mestrado e posteriormente no doutorado é contingente, mas não necessário à produção de saber na minha condição de trabalhadora-intercessora.

A formalização de uma tese é uma das exigências do doutorado e, à parte isso, convém ao meu desejo fazê-la, entretanto, não se encontrará aqui um texto redigido no Discurso da Universidade (LACAN, 1992). Na intercessão-pesquisa não há neutralidade, visto que minha presença no campo como trabalhadora por si só já modifica completamente o objeto e o campo de pesquisa. Então, minha prática profissional é um elemento central de análise: sou parte do campo e estou imersa nele, de maneira que, para mim, a escrita interessa mais como ato do que como formato, ato analítico e político, como defende Costa-Rosa (2015, p. 17):

A inclusão do trabalhador em quaisquer práxis de produção social torna irrecusável a consideração da dimensão política, uma vez que mesmo a pretensão de neutralidade política não escapa aos contornos de uma posição política bem caracterizada. Por outro lado, a concepção do referente de ação como uma realidade psíquica encarnada num ente social, cultural, político e desejante constitui argumento suficiente para fundar a inclusão da ética como política nos efeitos dos tratamentos psíquicos.

Minha proposta é, à luz do Dispositivo Intercessor (DI)³ elaborado por Costa-Rosa

³ O Dispositivo Intercessor consiste numa formulação original do Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa, docente do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, São Paulo, infelizmente falecido em 26/11/2018.

(2013), que conjuga saberes da Psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico como sua base, além de absorver contribuições acessórias da Análise Institucional francesa (Lourau e Lapassade) e da Filosofia da Diferença (de Nietzsche a Deleuze dialogando com Foucault e Guattari), ampliar os subsídios teórico-técnicos da TO, visando (re)inventar a clínica: fazer uma terapia ocupacional psicossocial.

Se falo em (re)inventar a clínica é, porque a intercessão-pesquisa na perspectiva do DI visa à teoria da técnica, de modo que, ao mesmo tempo em que a teoria vai sendo construída, a técnica vai sendo modificada: trata-se de um conhecimento inacabado, em constante movimento de (re)invenção. Se fôssemos falar em metodologias científicas, o DI estaria entre as pesquisas qualitativas, nas quais se destaca o lugar de fala do pesquisador e a dimensão sempre autoral da sua *práxis*.

Denominamos o Dispositivo Intercessor (DI) como o modo de operar na *práxis*. Encontra-se em ininterrupta e contínua construção por aqueles que compõem o Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da saúde (LATIPPSS) - coordenado pelo Prof. Dr. Abílio da Costa Rosa. O DI não deriva da mesma matriz da qual advém a maioria dos métodos no âmbito das pesquisas acadêmicas na Universidade: o Positivismo. Mencionamo-lo como o referencial teórico capaz de nos instrumentalizar para lidarmos com os fenômenos das instituições, que emergem do inconsciente e da sociedade. Nesta medida incluímos em sua dimensão, que é teórico-prática, uma técnica, uma ética e uma política (COSTA, 2019, p. 186).

Teoria da técnica: o saber-fazer no Dispositivo Intercessor

As bases epistemológicas do DI são a Psicanálise e o Materialismo Histórico, acrescidas as contribuições da Análise Institucional e da Filosofia da Diferença. Estes quatro referenciais impõem diferenças essenciais quanto ao modo capitalista de se fazer ciência, visto que se opõem às pesquisas quantitativas, pretensamente objetivas e politicamente neutras, que se pautam nas formas acadêmicas pré-estabelecidas pelo tecnocientificismo⁴.

A Análise Institucional, na linha da socioanálise/socioclínica, utiliza o termo *praticien-chercheur*, traduzido por Fortuna e colaboradores (2016, p. 7) como “profissional-pesquisador” para destacar que na pesquisa-intervenção não há divisão rígida entre a prática e

A “Carta de fundação do Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e “Subjetividade da saúde” (LATIPPSS)” escrita pelo Prof. Abílio, bem como trabalhos inéditos sobre o tema foram publicados num número especial da Revista de Psicologia da UNESP organizado pelo coletivo do Laboratório. Cf. em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/issue/view/88>.

⁴ No caso do meio psicanalítico, incluindo o de extração freudo-lacanian, propagou-se fortemente uma visão politicamente neutra de psicanálise que, a nosso ver, concordando com Louis Althusser (1984), não expressa nada menos que a própria infiltração da ideologia dominante, capitalista, no interior do Movimento Psicanalítico.

a teoria. O campo de “investigação” e o campo de trabalho são os mesmos, então, o hífen entre as duas palavras na expressão *praticien-chercheur* tem a função de sinalizar esta intersecção, que constitui o campo de análise.

A socioclínica considera que as implicações profissionais de um sujeito determinam sua prática profissional, portanto, a análise da implicação é um elemento central da pesquisa-intervenção (MONCEAU, 2013). Fortuna e colaboradores (2016) destacam que “A implicação constitui a relação dos indivíduos com a instituição e mesmo que não queiram esta implicação e queiram se posicionar a certa distância da instituição, ele é tomado por ela, está imerso nela” (p. 2), assim sendo, as implicações do profissional-pesquisador delineiam as condições para a realização do trabalho-pesquisa.

O DI se inspirou na Análise Institucional francesa e se aproximou eticamente da socioclínica, contudo, há uma diferença elementar, haja vista que, conforme explica Monceau (2013), as intervenções dos analistas institucionais decorrem de encomendas – há um pedido de análise da instituição endereçado a um analista ou a um grupo de analistas (*staff*). No DI não há pedido de intervenção por parte das equipes dos estabelecimentos ou das organizações, em vez disso, a partir da sua implicação profissional, o trabalhador faz ele próprio a demanda de saber, de maneira que tanto a produção do conhecimento quanto a formalização (elaboração de textos, relatórios, etc) dependerá do desejo do trabalhador e da sua implicação subjetiva e sociocultural na sua *práxis*.

Embora o DI tenha muitas semelhanças com a socioclínica, a rigor, não se trata de uma pesquisa-intervenção, seja porque não há um pedido de análise feito pela instituição, seja porque o trabalhador que vai conduzir a intercessão-pesquisa não é um socioanalista; também não há um *staff*, equipe de intervenção composta por analistas que não trabalham no estabelecimento. Além disso, as intervenções dos analistas institucionais são bem demarcadas no tempo e no espaço, têm lugar, hora e dia, para iniciar e para terminar (MONCEAU, 2013), no DI não há essa marcação espacial e temporal, pois, o trabalhador-intercessor⁵ está constantemente no estabelecimento e as intervenções, ou melhor, intercessões, ocorrem em momentos variados do seu cotidiano de trabalho, a depender do contexto. Como esclarecem Costa, Costa-Rosa, Fiochi e Mexko (2015, p. 3-7):

⁵ De acordo com Costa-Rosa (2015, p. 17): “Propomos o conceito de trabalhador-intercessor para nomear trabalhadores que são precavidos pela psicanálise do campo de Freud e Lacan, pela Análise Institucional, por elementos do Materialismo Histórico e elementos da Filosofia da Diferença (campos transdisciplinares e, por hipótese, correlatos, em alguma medida) ”.

Para o DI não é tomar uma posição, mas ocupar posições em deslocamento. Enquanto se desloca se apropria de novos espaços. Nessa medida não se diz: “sou intercessor”, mas, fui capaz de ocupar uma posição intercessora no conjunto dos acontecimentos daquele campo de intercessão. [...]. Desta forma, o intercessor não vai saber sobre, instrumenta-se para ocupar os campos, um conhecimento que estará sempre avançando no irreduzível daquela própria práxis (Costa-Rosa, 2008; Costa-Rosa, 2015). [...]. Nunca há pesquisa sem intercessão. A intercessão é logicamente anterior e por isso entendemos a realidade em movimento, a realidade está produzindo o conhecimento, por isso intercessão-pesquisa. [...]. Reiteramos que o trabalhador-intercessor vem do campo. Dentre e no “entre” os trabalhadores. Somente o trabalhador pode produzir o conhecimento sobre aquela práxis, no processo de produção sobre o saber daquela práxis. O campo é sempre um campo de intercessão e a produção poderá ser não mais do que uma repetição do mesmo para a instituição, ou poderá ser uma produção para o instituinte, a criação, o novo.

Krüger (2018) considera que a globalização como consequência do MCP, nas facetas da massificação e homogeneização, deformou os escritos psicanalíticos, impondo à psicanálise em extensão um contrassenso notável, pois, o psicanalista na universidade deixa de ser um psicanalista: “Se espera que o analista enuncie de maneira exatamente oposta dentro de um texto e dentro da clínica” (p. 79). Este autor critica a ciência capitalística, dizendo que seus pré-formatos deformam e oprimem uma potencial enunciação genuína do autor, nesta direção, relembra que o objetivo da psicanálise é de produzir algo novo, jamais encarnar a repetição: “A palavra do analista deveria ser, em todos os espaços a que ela é convocada, sempre uma palavra viva” (p. 79).

Não me parece que a intervenção do analista na escrita deva ser diferente da intervenção na clínica. Sendo radical a partir desta metáfora, eu arriscaria dizer que a intervenção do analista na página deveria ser análoga a de quem escreve um poema – no sentido de contemplar as lacunas, o que permite trânsito e abre espaço para vivências potencialmente transformadoras. Um texto que privilegia a lacuna seria um texto que se apresenta como faltante, incompleto, e de certo modo análogo a uma intervenção clínica construída em uma análise (KRÜGER, 2018, p. 80).

Lacan (1992), no Seminário 17, afirmou que o sentido não é completamente acessível. Diante disso, resta a constatação de que há limite no conhecimento. “Tudo que é escrito parte do fato de que será para sempre impossível escrever como tal a relação sexual. É daí que há um certo efeito do discurso que se chama a escrita” (LACAN 1982, p. 49). A verdade é parcial e só se pode dizê-la pela metade, por isso, esta tese não visa ao conhecimento totalizante, pois, não pretende fazer a ciência universal sem que seja, antes, uma ciência singular, que inclua, necessariamente, a realidade do meu território, a minha subjetividade e a minha prática de terapeuta ocupacional.

De fato, a pós-graduação tem sido para mim uma possibilidade de escrever algo do meu desejo, de bem-dizer minha experiência, e, ao mesmo tempo, uma possibilidade de transmissão de saber. O DI como intercessão-pesquisa retoma a dimensão da *práxis* do terapeuta que, movido pela ética do caso singular, questiona a totalidade do conhecimento enciclopédico, problematiza e desconstrói o que está instituído como discurso científico universal, para elaborar um saber que parte da singularidade de um caso, conforme propõe a psicanálise. “A indicação clínica de Freud acerca da singularidade do caso é também uma condição metodológica no sentido em que o saber sobre a clínica se elabora sempre no caso a caso” (BERNARDES, 2010, p. 36).

A teoria psicanalítica entretém com a prática uma relação de interdependência: a teoria decorre da experiência e, inversamente, a concepção teórica determina o modo como se pratica. [...]. É sempre difícil definir as exigências de um trabalho de pesquisa em psicanálise porque esta não se orienta pelas exigências do discurso da ciência de reprodução experimental ou mensuração estatística. A esse respeito, vale lembrar que na década de 30 do século passado, Saul Rosenzweig realiza estudos experimentais para dar sustentação científica à psicanálise e recebe de Freud uma nota dizendo que a psicanálise se baseava em tantas observações fidedignas que não dependia de verificações experimentais [...]. Ora, o papel da investigação em psicanálise na universidade não é o de transpor suas descobertas para o discurso da ciência. Pelo contrário, diríamos que tentativas nessa linha contrariam a orientação da psicanálise que tem outras prioridades e preocupações epistemológicas, obedecendo a outro ordenamento discursivo (BERNARDES, 2010, p. 35-36).

A psicanálise como ética do bem-dizer é o oposto da “ética do a serviço dos bens” (LACAN, 1992), por isso, sobretudo a psicanálise de Freud e Lacan é um referencial importante que nos permite questionar o modo de produção do conhecimento científico baseado em metodologias positivistas, mas é, antes disso, o referencial que compõe a vertente clínica do nosso trabalho. É pela teoria, técnica e ética da Psicanálise que nos posicionamos como trabalhadores-intercessores, psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc.

A psicanálise é a principal referência do DI, no que diz respeito a escutar e tratar os impasses dos sujeitos que recorrem à RAPS (COSTA-ROSA, 2019a; 2019b; COSTA, 2019), contudo, quando falamos em território, em SUS, uma técnica terapêutica não é suficiente, haja vista a multirreferenciação do adoecimento no campo público da Saúde Mental Coletiva (PÉRICO, 2019). Sobre a Saúde Coletiva como campo de *práxis*, Benelli (2019b, p. 13-14) propõe uma reflexão fundamental, que concorre para dizermos que o tratamento do inconsciente não basta, é necessário incluir a política:

Mas será mesmo que um analista que pretendesse estar à altura da subjetividade da sua época, pelo fato de atender em sua clínica, poderia prescindir de coordenadas históricas, sociais, políticas, econômicas e institucionais atuais? O desafio institucional que um trabalhador precavido enfrenta ainda lhe exige ser avisado pelo materialismo histórico, o que lhe possibilita realizar importantes análises macroestruturais sobre os processos do Modo Capitalista de Produção e dos movimentos arrasadores e catastróficos do Mercado – a crise e a catástrofe são suas condições normais e não constituem momentos de exceção – bem como suas incidências na vida social. Faz tempo que a Saúde humana já foi convertida em mercadoria, visando apenas ao lucro, sendo que empresas não produzem Saúde como direito. Elas existem para lucrar e não parecem ser capazes de produzir Saúde enquanto direito e condição de cidadania dos sujeitos, pois não é essa sua finalidade. Esse contexto maior produz todo um conjunto de atravessamentos institucionais importantes. [...]. O trabalhador intercessor também precisa ser informado pelos instrumentos teórico-metodológicos da Análise Institucional (AI), sobretudo da vertente francesa caracterizada por Lourau e Lapassade: a instituição, os estabelecimentos e equipamentos nos quais ela se encarna constituem intermediários necessários que não podem ser negligenciados impunemente. Práticas, discursos, saberes, fazeres, não saber, atores institucionais diversos, relações de poder, plano instituído, dimensão instituinte, analisadores, oferta e demanda, processos de institucionalização, etc., são alguns dos elementos que esse trabalhador precisa manejar no seu cotidiano.

Na face política do DI temos o Materialismo Histórico que também enaltece a dimensão da singularidade da *práxis*, pois, para Marx (1975; 2004), apenas por intermédio do trabalho nos horizontes do carecimento e da criatividade, isto é, do fazer nos termos do *Modo Art* e da mestria artesanal, é possível ao homem tornar-se um humano, um ser social. No *Modo Art* o homem tem o trabalho como “um objeto da sua vontade e da sua consciência” (MARX, 2004, p. 84), por isso, pode se apropriar da sua produção técnica e intelectual, pode reconhecer seu trabalho como a si mesmo, sem estranhamento e sem alienação.

Para que a prática do terapeuta da RAPS não seja trabalho alienado é essencial que ele participe como protagonista na produção e na formalização do conhecimento, entendendo que esta formalização será uma elaboração das “teorias da técnica” (BENETTON, 2006, p. 22), pois a prática antecede a teoria. É imprescindível que teoria e técnica não sejam separadas, afinal, se a técnica pertence ao trabalhador, é também a ele que deve pertencer teoria.

Partindo da constatação de que não há saber sem fazer e, igualmente, não há fazer sem saber, o DI (COSTA-ROSA, 2013) destaca a importância de se valorizar o saber do trabalhador, do terapeuta da RAPS, inclusive, como oposição ética-política ao Modo Capitalista de Produção (MCP). No MCP a teoria é separada da técnica e o saber científico que tem reconhecimento e prestígio social é elitizado e restrito ao âmbito acadêmico, aos trabalhadores-intelectuais, sendo praticamente inacessível aos trabalhadores-técnicos. O

objetivo é superar a forma vertical e hierárquica como a Ciência tem se constituído – instituição organizada para atender ao MCP.

O DI como dispositivo de produção de conhecimento que privilegia a técnica (que antecede a teoria) não visa à concentração de saber-poder nas mãos dos teóricos, não visa reforçar as hierarquias científicas, logo, se opõe às práticas de educação utilizadas pelos mestres para colonizar e para adestrar, que impõem disciplina e controle sobre o pensamento e a ação dos trabalhadores, igualmente, se opõe aos métodos de pesquisa que reproduzem a divisão social do trabalho, entre os que fazem e os que pensam.

No âmbito das pesquisas universitárias realizadas nos cursos de graduação e pós-graduação, “O DI enquanto meio de produção de conhecimento traz como proposta intrínseca não ser propriamente uma metodologia [...]. Destacamos o DI como uma prática outra de se fazer pesquisa na Universidade, derivada fundamentalmente de uma *práxis*” (COSTA et. al., 2015, p. 7). Quanto à função social da Ciência, o DI responde ao impossível de educar pelo Discurso da Universidade (LACAN, 1992), com proposta semelhante à de Paulo Freire (2003) sobre a pedagogia do oprimido, da libertação e da autonomia – educação popular como prática de diálogo e de democracia visando à transformação social.

O DI visa à transformação do trabalhador-intercessor e da equipe dos estabelecimentos institucionais numa ética radicalmente diferente dos métodos comumente utilizados nos cursos de formação/aprimoramentos profissionais oferecidos aos trabalhadores do SUS, pois nestes cursos de treinamento/tecnificação há um teórico, que não necessariamente é um trabalhador da RAPS, mas, mesmo sem a experiência (prática), detém o conhecimento (teoria) sobre a atenção psicossocial: há um teórico que vai à RAPS ensinar os técnicos, capacitá-los, como se fosse possível traçar estratégias psicossociais sem fazer parte do território em questão.

É preciso rever criticamente os métodos convencionais de formação profissional, para nos atentarmos para o fato de que está em pauta na dinâmica de ensino-aprendizagem de muitos cursos de aperfeiçoamento é a relação opressiva de poder, de dominação-subordinação: “Um ‘saber sobre’ dificilmente não será um ‘poder sobre’ quando se trata do campo da saúde imersa na subjetividade” (COSTA-ROSA, 2013, p. 104).

Nesta direção, acreditamos que o único tipo de ação pedagógica capaz de construir uma cultura voltada para a saúde é aquele que acontece no exercício de uma *práxis*, que se dá num Território, portanto, que considera a “demanda integral territorializada” (COSTA-ROSA, 2013, p. 107). Disso compreendemos que na produção social da saúde como discutida na

Reforma Sanitária e na composição do SUS (PAIM, 2007; MENDES, 2006; BRASIL, 1986), os trabalhadores da RAPS e a população atendida devem ser os atores principais e não os coadjuvantes.

Forma ou form(ato)?

Os ensaios que compõem a tese não foram escritos na ordem em que estão apresentados, mas, procuramos fazer uma organização seguindo a lógica dialética. Assim, foram abordadas as questões mais genéricas da Saúde Coletiva, passando pela Saúde Mental, até chegar às questões da TO referenciada pelo DI, aprofundando o campo de trabalho-pesquisa na sequência: 1) Ciência; 2) Saúde Coletiva; 3) Reforma Psiquiátrica; 4) Atenção Psicossocial; e 5) Terapia Ocupacional.

A ideia é que os ensaios sejam independentes entre si, mas se mantenham em associação com os demais, que tenham pontos de intersecção para que à medida que se avance na leitura dos ensaios, as primeiras exposições possam ser gradativamente ressignificadas com os novos elementos que vão emergindo nos textos.

Algumas análises são centrais nesta tese, sobretudo, as aproximações entre o campo da produção comum (socioeconômico-cultural) e o campo da Atenção ao sofrimento psíquico (saúde mental), por isso, o leitor encontrará nos cinco ensaios discussões sobre o Modo Capitalista de Produção e suas interferências ideológicas quanto às formas de relacionamento social e as formas da assistência em Saúde. A nosso ver, não se trata de uma repetição desnecessária, mas sim fundamental para que cada ensaio possa ser lido separadamente e sem prejuízos na sua compreensão, lembrando que nem todos os leitores farão a leitura completa da tese.

A decisão de escrever no formato de ensaios e não de capítulos, além de estratégica, porque amplia as possibilidades de leitura, decorre da ética, da estética e da política do DI. O objetivo não é compilar informações e organizá-las de acordo com os formatos bem-vistos para publicação em revistas científicas: textos estratificados e divididos na lógica da ciência moderna. Escrever um texto na perspectiva do DI é criar uma composição para além de uma estrutura formal de escrita: o ensaio é ao mesmo tempo substância e meio, o caminho e a chegada.

Ao propor um projeto de doutorado havia algumas questões iniciais, no entanto, é importante dizer que essas questões foram sendo permanentemente modificadas e ampliadas pela experiência efetiva, não só pela minha prática como terapeuta, mas também por meio do

estudo e da formação. O que se lê num ensaio diz respeito a um saber que foi sendo produzido à medida que o texto foi sendo escrito, portanto, não são respostas sistemáticas para um roteiro de perguntas previamente delineado. O ato de escrever serve para a própria reflexão do trabalhador-intercessor, para que ele analise o campo de intercessão (trabalho-pesquisa) e possa se reposicionar nele, pensando os manejos clínicos e institucionais necessários.

O intuito desta tese, como um escrito pautado pela ética do DI, é construir um saber que possa ser compartilhado, que os textos sejam intercessores, que provoquem o leitor a dialogar com eles, problematizando suas experiências de trabalhador e incluindo seu saber-fazer para reinventá-lo. Não é esse o objetivo da transmissão em psicanálise?

Afinal, ler não é simplesmente incorporar, colocar dentro de si algum conhecimento. Ler é escutar. A escuta psicanalítica contempla a atenção, mas também possui seu caráter flutuante que almeja transcender o conteúdo manifesto. Portanto, a escrita psicanalítica tem a responsabilidade de, artesanalmente, criar um objeto que contém e media uma fala/escrita e uma escuta/leitura (KRÜGER, 2018, p. 83).

Krüger (2018) defende que para ser fiel a Freud e à psicanálise, é inerente que o enunciador insista na sua singularidade no ato de escrever: criando, fazendo novas composições, não repetindo. Os assuntos dos textos científicos são temas da humanidade e do universal: quantas teses já existem sobre Saúde Coletiva, Atenção Psicossocial e Terapia Ocupacional? Muitas.

O singular se refere à forma como os temas podem ser particularmente trabalhados por cada autor, partindo da sua *práxis*: “Repito, a diferença é a forma. É a forma que leva à transcendência, não o conteúdo. E os grandes autores psicanalistas o são devido à forma com que tratam desses conteúdos. Do modo como põem a mão na massa” (KRÜGER, 2018, p. 83). Esta tese, longe de ser uma apresentação de resultados, é um ensaio em ato, uma tentativa de, bordejando as (im)possibilidades, avançar um pouco mais sobre o limite do conhecimento.

Com efeito, o DI é o referencial de intercessão-pesquisa que elegi a fim de ver, compreender e elaborar meu próprio saber-fazer – o que venho denominando de “terapia ocupacional psicossocial”. A escrita é o caminho, a busca de um fazer-saber que seja para mim *devoir-sentido*, *savoir y faire*, desejando que seja para os receptores desse discurso um convite ao Discurso da Histórica (LACAN, 1992).

Apresentação dos ensaios

No primeiro ensaio, **“Dispositivo Intercessor: o saber-fazer do trabalho vivo”**, abordo as questões epistemológicas, fazendo uma crítica ao Modo Capitalista de Produção (MCP) e à interpelação da ideologia liberal nos modos de se produzir pesquisa e de se trabalhar na Saúde Mental. Deveras, em contraponto à ciência capitalizada, apresento o Dispositivo Intercessor (DI), elaborado por Costa-Rosa, como uma forma de trabalho-pesquisa alternativa ao MCP, que se opõe à divisão técnica do trabalho e à cisão saber x fazer, pois, no DI, quem trabalha atendendo à população nos estabelecimentos da RAPS é quem eventualmente vai à universidade elaborar uma pesquisa (problematizar a própria *práxis*).

A pesquisa é uma ampliação do trabalho, ao passo que é um conjunto de elaborações teóricas que o trabalhador produz a partir da *práxis*, visando, *a priori*, saber de Si, sua objetivação como ser social (MARX, 1975; 2004) para, somente *a posteriori*, visar fazer ciência, mas, em vez de reproduzir a ciência capitalista universal que resulta no conhecimento para a regulação social, manutenção do instituído, o objetivo é chegar a um conhecimento solidário, instituinte, para uso e usufruto coletivo, em prol da emancipação social.

Não encontrei, além do DI (COSTA-ROSA, 2013) outras referências teórico-práticas que contemplem, a um só tempo, e com tamanha mestria, clínica e política. Na literatura científica, há trabalhos desenvolvidos na RAPS cujos referenciais metodológicos são o Materialismo Histórico e a Psicanálise, contudo, o PPS (COSTA-ROSA, 2013) consegue colocá-los em relativa harmonia, sem pender para a psicologização dos conflitos da luta de classes ou para a sociologização do sofrimento psíquico (BENELLI, 2019a).

Reiterando a afirmação de que a Saúde é inseparável da Política (CNS, 1986; MENDES, 2006; PAIM, 2007), no segundo ensaio, **“Paradigma da Produção Social da Saúde: a territorialidade do adoecimento e seus determinantes socio econômicos-culturais”**, retorno às premissas da Reforma Sanitária brasileira (RS) com discussões sobre os determinantes socioculturais-econômicos do adoecimento. Para compreender a Atenção Psicossocial é fundamental ter como norte a RS, pois foi a partir dela que a Reforma Psiquiátrica brasileira ganhou força.

Como a principal estratégia de trabalho, para contemplar a complexidade das diferentes realidades sociais (materiais), na perspectiva da RS, destacamos a territorialização em Saúde como o ponto de partida para a efetivação dos princípios doutrinários do SUS, sendo o Território o conceito-chave da produção social da saúde, entendendo que a

territorialização não corresponde à divisão geográfica, mas sim, à análise sociocultural-econômica do território.

Para Malfitano e Bianchi (2013, p. 569): “cabe aos terapeutas ocupacionais atuantes tanto na área social quanto na atenção básica em saúde a compreensão do espaço social que utilizam para atenção às pessoas, marcado fortemente pelos contextos de vulnerabilidade”. As autoras chamaram atenção para a questão da deficiência na formação do terapeuta ocupacional no nível de graduação “levanta-se como hipótese que a área social e a atenção básica em saúde são disciplinas insípidas na graduação em terapia ocupacional, colocadas como coadjuvantes em muitas formações” (p. 568).

Dessa forma, estudar a RS foi extremamente necessário, ainda mais tendo em vista o cenário político atual de dominância da extrema direita nesse pós-Golpe de Estado de 2016, que tem causado o sucateamento do SUS e implantado medidas neoliberalistas à Saúde ancoradas na ideia de Estado mínimo. Concluimos que para que a Saúde Coletiva *re-exista* é preciso ter como horizonte a justiça social, pois, sem dúvidas, as desigualdades da sociedade de classes geram iniquidades em Saúde (BRASIL, 2008).

Considerando que o plano sociocultural-econômico é mantenedor do instituído social dominante e das hierarquias que subsidiam os processos de dominação-subordinação envolvidos na luta de classes, que se estendem ao campo da Saúde e da Atenção Psicossocial, envolvida com os dados estatísticos do Censo Psicossocial (CAYRES, et. al., 2015), no terceiro ensaio, **“Impasses da Reforma Psiquiátrica: qual tratamento para o sofrimento psíquico no pacto social?”**, discuto os entraves da RAPS no meu território. As discussões têm como disparadores os dados apresentados na formalização dos resultados do Censo Psicossocial de 2014 (CAYRES, et. al., 2015) e alguns recortes de um projeto de formação profissional para trabalhadores da Saúde de um município de pequeno porte da DRS XI em que trabalhei como supervisora clínica-institucional.

Mesmo que a Política Nacional de Humanização e as diretrizes da Clínica Ampliada e Compartilhada (BRASIL, 2009; 2010; 2013) apontem uma evolução positiva do SUS em termos de Universalidade, Equidade e Integralidade (BRASIL, 1988), a ampliação da Clínica na Saúde Mental depende de referenciais teóricos-técnicos e ético-políticos que sejam, por essência, transdisciplinares e, portanto, contrários ao reducionismo sujeito-objeto, doença-cura e saber-poder, se apresentando como alternativas ao MCP. Com isso, chegamos à conclusão de que os impasses da RPb e da Clínica Ampliada, em muito, se relacionam ao fato de que as políticas públicas da Atenção Psicossocial, embora apresentem diferenças

importantes quanto à ideologia liberal, não se situam no seu oposto dialético, pois as diferenças não chegaram ao estatuto de contradições, a tal ponto que o próprio sistema de produção capitalista fosse posto em xeque.

Para Costa-Rosa (2013) o materialismo histórico e a psicanálise são referenciais transdisciplinares capazes de efetivar a produção social da saúde (MENDES, 2006), porque emergiram para além e fora da perspectiva capitalista, do reducionismo cartesiano. Com estes referenciais conjugados, o PPS (COSTA-ROSA, 2013) vem se caracterizando como práticas micropolíticas que propõem uma ampliação crítica da Clínica, que trata, para-além do sujeito cidadão de direitos, do sujeito do inconsciente e não cai no engodo da psicopatologização da vida ou na demasiada sociologização do sofrimento psíquico (BENELLI, 2019a). É este o mote do quarto ensaio, **“O lugar necessário do Paradigma Psicossocial para ampliação da Clínica na Atenção Psicossocial”**.

No quinto ensaio, **“Por que o tratamento da psicose no CAPS exige uma terapia ocupacional ampliada pela psicanálise de Freud e Lacan?”**, se encontra o que há de mais singular neste trabalho: tentamos avançar teses já por nós esboçadas (SHIMOGUIRI; 2016; SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017a; 2017b) acerca dos constructos teóricos-conceituais da Terapia Ocupacional Psicossocial. Levando em conta que a TO tem como principal meio de trabalho as atividades estéticas, com base na psicanálise freudo-lacaniana, faço algumas considerações sobre o potencial valoroso das atividades artísticas, não como ocupação, mas como procedimentos terapêuticos para tratar o sofrimento psíquico.

Além disso, sublinho a importância do “diagnóstico” estrutural para o manejo clínico (da transferência), tendo em vista que as formas do gozo, e consequentemente das formações do inconsciente, são diferentes nos sujeitos constituídos por recalcamiento, renegação ou forclusão. O posicionamento do terapeuta, suas estratégias de trabalho, devem levar em conta essas especificidades. Trata-se de um retorno à clínica *stricto sensu*.

Pesquisas com terapeutas ocupacionais atuantes na RAPS (MALFITANO; BIANCHI, 2013; SILVA; SANTOS; NOGUEIRA; MALFITANO, 2015; PEREIRA; PALMA, 2018) demonstraram que os objetivos da TO em sua maioria não abarcavam o tratamento do sofrimento psíquico compreendido como resultante de impasses na constituição psíquica, o que, provavelmente se deve à defasagem na formação acadêmica, que, por exemplo, no meu caso, não contemplou esta matéria. Na pesquisa de Malfitano e Bianchi (2013) ficou demonstrado que os atendimentos terapêuticos ocupacionais se focavam “na promoção de saúde e qualidade de vida, como ações de adaptações e treinos para atividades de vida diária;

estímulos para o autocuidado, autoestima e autoconhecimento; reestruturação do cotidiano” (p. 572).

O assunto principal do quinto ensaio corresponde ao objetivo específico desta tese: a proposição de um dispositivo terapêutico ocupacional de tratamento para o sofrimento psíquico que inclua em justa medida o ser social (sujeito cidadão) e o sujeito (do inconsciente): uma TO psicossocial avessa ao Tratamento Moral (PINEL, 2007) e pautada no ideário da produção social da saúde (CNS, 1986; MENDES, 2006; PAIM, 2007), que possa contribuir com o fortalecimento do SUS e da Atenção Psicossocial e, quiçá, com a formação de outros terapeutas ocupacionais, que poderão servir-se deste trabalho para reinventar suas práticas na Saúde Mental.

Por último, mas não menos importante, preciso dizer que o encontro com o professor Abílio da Costa-Rosa me permitiu escutar o meu desejo de ser uma terapeuta não tão ocupacional (transdisciplinar) e investir nele. Com Abílio aprendi que não há transmissão de saber que não passe pela experiência e que o único saber que interessa ao cuidado humano é o saber da *práxis*, simultaneamente, aprendi que o único trabalho que interessa ao sujeito desejante é este que surge como causa de desejo.

Escrever esta tese para mim é responder à contemplação do mal-estar imposto pelo sertão da Saúde Pública e é ainda responder ao compromisso ético de continuar o legado do mais sublime trabalhador-intercessor, que no meio desta travessia, pegou um atalho em direção à terceira margem do rio, antecipando nossa despedida.

Diante da finitude da vida e do não-lugar para a irremediável dor da partida, nos resta prosseguir, já que, como diz o poeta Fernando Pessoa: “Navegar é preciso; viver não é preciso”. No coração de cada um que como eu se apaixonou pelo Dispositivo Intercessor, de cada trabalhador que hoje alteia sua vela e se dispõe a enfrentar o tempestuoso mar do SUS, viva estará a Causa de Costa-Rosa. Hoje e sempre: Abílio presente!

Referências Bibliográficas

ALBERTI, S.; ELIA, L. **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

ALTHUSSER, L. **Freud e Lacan, Marx e Freud**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BASOLI, L. P. **Figuras da clínica psi na atualidade**: algumas contribuições à Saúde Mental Coletiva. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/158274>. Acesso em: 24 set. 2018.

BENELLI, S. J. Prefácio: um psicólogo psicossocial operando com o dispositivo intercessor. In: COSTA, M. F. **Urgência e sujeito em uma unidade hospitalar**: ensaios sobre a práxis da psicanálise na instituição de saúde. Londrina: Eduel, 2019b. p. 13-17.

BENELLI, S. J. Problematizando a instituição pesquisa na universidade e nas práticas psicológicas: questões epistemológicas e éticas. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18, número especial, 2019a, p. 88-120. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/download/1544/1354>. Acesso em 21 jan. 2020.

BENETTON, J. M. **Trilhas Associativas**: ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional. Campinas: Arte Brasil Editora, UNISALESIANO, Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.

BERNARDES, A. C. Pesquisa & Psicanálise: Algumas Referências Lacanianas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 1, p. 35-38, jan-mar 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a05v26n1.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 out., 1988. Disponível em URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 21 set. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Lex**: Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginalia, São Paulo, v. 65, p. 1785-1786, abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <https://docplayer.com.br/86008078-As-causas-sociais-das-iniquidades-em-saude-no-brasil.html>. Acesso em: 9 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº189, de 20 de março de 2002. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

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

necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm)>. Acesso em: 29 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 08 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: PNH**. Brasília: Ed. Premium, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 14 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 15 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. **SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento** – 4. ed. – Brasília: SENAD, 2011.

BUCHELE, F.; CRUZ, D. D. O. Aspectos socioculturais do uso de álcool e outras drogas e exemplos de projetos de prevenção. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias** – 3. ed. – Brasília: Presidência da República; SENAD, 2010. p. 95-110

CAYRES, A. Z. F.; RIBEIRO, M. C.; ELIAS, R.; COUTINHO, R. A. **Caminhos para a Desinstitucionalização no Estado de São Paulo: Censo Psicossocial 2014**. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2015. 147p

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do Discurso Médico**. Traduzido por Jorge Gabriel Noujaim, Marco Antonio Coutinho Jorge e Potiguara Mendes da Silveira Jr. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1978.

CNS – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Relatório final. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986, p. 1-21. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 21 mar. 2018.

COSTA, M. F. **A clínica da urgência na unidade de pronto atendimento:** da privatização da Saúde a uma aposta no sujeito do inconsciente. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/148827>. Acesso em: 24 set. 2018.

COSTA, M. F. **A clínica da urgência na unidade hospitalar:** a escuta analítica e a sua postura diante de um estabelecimento hospitalar. Projeto de Pesquisa (Doutorado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2017. Mimeografado.

COSTA, M. F. **Urgência e sujeito em uma unidade hospitalar:** ensaios sobre a práxis da psicanálise na instituição de saúde. Londrina: Eduel, 2019. 314p.

COSTA, M. F.; COSTA-ROSA, A.; FIOCHI, P. I. C. Q.; MEXKO, S. Dispositivo Intercessor: fundamentos teórico-metodológicos e éticos, definições necessárias. **Anais do 6º Congresso Internacional de Psicologia da UEM – Psicologia e Direitos Humanos: formação, atuação e compromisso social.** Maringá, 2015, p. 1-11. Disponível em: <http://cipsi.vwi.com.br/anais/publicacoes/modalidade/1>. Acesso em: 19 mai. 2020.

COSTA-ROSA, A. Algumas notas sobre subjetividade e uso de drogas. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 8, n. 2, p. 88-97, 2009. Disponível em: seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/944/871. Acesso em: 25 jan. 2016.

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

COSTA-ROSA, A. Carta de fundação do Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e “Subjetividade da saúde” (LATIPPSS). **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18, número especial, 2019a, p. 37-54. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1542/1352>. Acesso em 21 jan. 2020.

COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo Freud-Lacan? **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18, número especial, 2019b, p. 5-8. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1540>. Acesso em 21 jan. 2020.

COSTA-ROSA, A. O trabalhador-intercessor nas instituições: concepções ético-políticas. **Anais do 6º Congresso Internacional de Psicologia da UEM – Psicologia e Direitos Humanos: formação, atuação e compromisso social.** Maringá, 2015, p. 17-21. Disponível em: <http://cipsi.vwi.com.br/anais/publicacoes/modalidade/1>. Acesso em: 19 mai. 2020.

CRUZ, M. S. (Org.). As redes comunitárias e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. **SUPERA – Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento** – 4. ed. – Brasília: SENAD, 2011.

DE BONI, R.; KESSLER, F. Tratamento. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias** – 3. ed. – Brasília: Presidência da República; SENAD, 2010. p. 195-210

DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexos, 2001.

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. (Orgs.). Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. **SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento**. (4. ed.) – Brasília: SENAD, 2011.

DUARTE, P. C. A V. Redes Sociais. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias** – 3. ed. – Brasília: Presidência da República; SENAD, 2010. p. 195-210

ELIA, L. **O conceito de sujeito**. 3a ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

FACÇÃO CENTRAL. Eu não pedi pra nascer. In: FACÇÃO CENTRAL. **Direto do campo de extermínio**. São Paulo: Face da Morte Produções, 2003.

FERREIRA, I. G. **O sujeito e as drogas: uma clínica para além da descrição sintomatológica**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/18831/2/Isaias%20Gonçalves%20Ferreira.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

FORTUNA, C. M. et. al. A análise de implicação de pesquisadores em uma pesquisa-intervenção na Rede Cegonha: ferramenta da análise institucional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00117615.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. (36. ed.). Rio de Janeiro: Edições Paz e Terra, 2003.

GALIEGO, A. H. B. **O dispositivo intercessor como modo de produção do conhecimento: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97528/000721719.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 24 set. 2018.

GUERRA, M. R. S. R; VANDENBERGHE, L. Abordagem do comportamento de uso abusivo de substâncias psicoativas no Brasil: o estado da arte. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 13, n. 1, p. 1-22, 2018. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 mai. 2020.

JORGE, M. A. C. Introdução. In: CLAVREUL, J. **A Ordem Médica: poder e impotência do Discurso Médico**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1978. p. 7-28.

KRÜGER, L. A escrita, o escrito e o psicanalista enquanto *dichter*. **Sig Revista de Psicanálise**, v. 7, n. 2, p. 77-86, 2018. Disponível em <http://sig.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Edicao13-EmPauta3.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2020.

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998c. p. 537-590.

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

LACAN, J. **O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

LACAN, J. **O seminário, livro 10: a angústia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

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

LACAN, J. **O Seminário, livro 20: mais, ainda (1972-73)**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.

LACAN, J. Subversão do sujeito e dialética do desejo. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998b. p. 807-842.

LAW, M. (Org). **Client-centered occupational therapy**. New York: Slack, 1998.

MALFITANO, A. P. S.; BIANCHI, P. C. Terapia ocupacional e atuação em contextos de vulnerabilidade social: distinções e proximidades entre a área social e o campo de atenção básica em saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 563-574, 2013. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2013.058>. Acesso em 25 out. 2020.

MÂNGIA, E. F. Contribuições da abordagem canadense “Prática de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a Terapia Ocupacional em Saúde Mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.13, n.3, p.15-21, São Paulo, 2002. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/download/13907/15725>. Acesso em: 02 jun. 2020.

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

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

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

MENDES, E.V. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MEXKO, S. **Psicologia e assistência social**: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/150287>. Acesso em: 24 set. 2018

MINOZZO, F.; FRANÇA, S. P. (Orgs.). A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede de Atenção Primária à Saúde. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento – 4. ed. – Brasília: SENAD, 2011.

MONCEAU, G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec; 2013. p. 91-103.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS. **Bem-vindo a Narcóticos Anônimos**. Folheto-base. Canadá: Narcotics Anonymous World Services, 1993. Disponível em: <https://www.na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/ips/br/PB3122.pdf>. Acesso em: 7 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão e crítica. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>. Acesso em: 7 out. 2018.

PECHANSKY, F. (Org.). Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento – 4. ed. – Brasília: SENAD, 2011.

PEREIRA, E. C. **Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. (Dissertação de Mestrado) Universidade Estadual Paulista, Assis, SP. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2011. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/97597>. Acesso em: 24 set. 2018.

PEREIRA, O. P; PALMA, A. C. R. Sentidos das Oficinas Terapêuticas Ocupacionais do CAPS no Cotidiano dos Usuários: uma Descrição Fenomenológica. **Phenomenological Studies** – Revista da Abordagem Gestáltica, n. 24, v. 1, p. 15-23, jan-abr, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672018000100003. Acesso em 22 out. 2020.

PÉRICO, W. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra**:

A clínica do sujeito na Saúde Coletiva. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2014. 164p. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/134191>. Acesso em: 24 set. 2018.

PÉRICO, W. **O Dispositivo Analítico Ampliado ao campo da Saúde Mental Coletiva: a clínica da recepção, o grupo psicoterapêutico e os seus fins.** Projeto de Pesquisa (Doutorado em Psicanálise). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016. Mimeografado.

PÉRICO, W. Psicanálise, transdisciplinaridade e Atenção Psicossocial: a necessária formação de trabalhadores de Saúde Mental de um novo tipo. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18 (n. esp.), p. 121-140, 2019. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1545/1355>. Acesso em: 22 de jan. 2020.

PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania.** Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2007.

QUINET, A. **As 4 + 1 condições de análise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. O plano de tratamento. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **O tratamento do usuário de crack.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 183-210.

RINALDI, D. Ética e desejo: da psicanálise em intensão à psicanálise em extensão. In: Reunião Lacanoamericana da Bahia, Salvador, out. 1997 e publicado em Papeis – **Revista do Corpo Freudiano**, n. 7, dez. 1997. Disponível em: http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/intparticipantes/doris_rinaldi/Doris_Rinaldi_Etica_desejo.doc. Acesso em: 23 de agosto de 2015.

SANTOS, C. E.; COSTA-ROSA, A. A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 4, p. 487-502, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 jan. 2020.

SILVA, C. R.; SANTOS, C. N.; NOGUEIRA, J. N.; MALFITANO, A. P. S. Mapeamento da atuação do terapeuta ocupacional nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) do interior do estado de São Paulo. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 321-334, 2015. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/941/61>. Acesso em 25 out. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; BENELLI, S. J. O Paradigma da produção social da saúde: a territorialidade do adoecimento e seus determinantes socioeconômicos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 17, n. 2, p. 1-16, 2018. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1534>. Acesso em 06 jan. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma clínica do desejo e do carecimento**

na saúde coletiva. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2016. Disponível em:

https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/134320/shimoguari_afdt_me_assis.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 09 de jan. 2017.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; COSTA, M. F.; BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. Discutindo a clínica e o tratamento da toxicomania: dos discursos a constituição subjetiva. **Psico. USP**, v. 30, e180014, 2019. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642019000100207&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul 2019.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; COSTA-ROSA, A. A prática de atenção à saúde nos estabelecimentos psicossociais: efeitos do modo capitalista de produção **Psico. USP**, v. 28, n. 3, p. 389-395, 2017c. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/141722/136754>. Acesso em: 12 jul. 2019.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T., COSTA-ROSA, A. Contribuições do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma análise dialética do fazer e da generacidade humana. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, v.1, n. 5, p. 704-720, Rio de Janeiro, 2017b. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/9655/pdf>. Acesso em 06 jan. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T., COSTA-ROSA, A. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, v. 21, n. 63, p. 845-856, São Paulo, 2017a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220160202.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; PÉRICO, W. O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 13, n. 1, p. 33-51, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442014000100004. Acesso em: 12 de jan. 2016.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. Um tratamento possível da toxicomania no Centro de Atenção Psicossocial: a oficina terapêutica sob viés da psicanálise. **Anais do 1º Simpósio de Psicanálise e Prática Multidisciplinar na Saúde**, n. 1, p. 148-154, 20 nov. 2019. Disponível em: <http://anais.uel.br/portal/index.php/sppms/article/view/618>. Acesso em: 02 jan 2020.

SOUZA, W. A. **A Assistência Social e o trabalho com as pessoas em situação de rua no CREAS**: Um campo de intercessão. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/131844>. Acesso em: 12 de jan. 2016.

ZEMEL, M. L. S. Prevenção: novas formas de pensar e enfrentar o problema. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas**: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias – 3. ed. – Brasília: Presidência da República; SENAD, 2010. p. 131-150

ENSAIO 1

O DISPOSITIVO INTERCESSOR DE MARX A LACAN

Resumo: As práticas se articulam, necessariamente, aos saberes, portanto, os processos de trabalho envolvidos na produção de saúde e de conhecimento científico são intermediados pela ideologia do Modo Capitalista de Produção (MCP). Deveras, no mundo moderno, a dominação material é necessária para a dominação ideológica e vice-versa, visando (re)produzir subjetividades capitalísticas, calcadas na alienação, na ausência de pensamento crítico e na falta de consciência de classe. A Ciência e a Saúde são lócus privilegiados de atuação, tanto para fortalecer o instituído social dominante, homólogo ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, quanto para potencializar correntes instituintes, alinhadas ao Paradigma Psicossocial. Diante disso, é necessário problematizar os modos de produção de conhecimento nas universidades, pois, acreditamos que uma revolução nos modos de produção de saúde, precisa ser antecedida por uma revolução a nível epistemológico, assim, como subversão ao MCP, apresentamos o Dispositivo Intercessor (DI), elaborado por Costa-Rosa nas intersecções da Psicanálise de Freud e Lacan com o Materialismo Histórico, com a Análise Institucional francesa e com a Filosofia da Diferença. O DI é uma forma de trabalho-pesquisa dialeticamente alternativa à divisão técnica do trabalho e à separação saber x fazer, então, quem trabalha atendendo à população nos estabelecimentos da Saúde é também aquele que vai à universidade fazer ciência, logo, a pesquisa é uma ampliação do trabalho, ao passo que se trata de elaborações teóricas que o trabalhador-intercessor produz a partir da sua práxis, visando, *a priori*, saber de Si, e, *a posteriori*, transmitir outro tipo de conhecimento, que assuma alguma função instituinte-organizante em prol da justiça social, do coletivo.

Palavras-chave: Dispositivo Intercessor; Psicanálise de Freud e Lacan; Materialismo Histórico; Análise Institucional; Ciência.

INTERCESSOR DEVICE FROM MARX TO LACAN

Abstract: Practices are necessarily linked to knowledge, therefore, the work processes involved in the production of health and scientific knowledge are intermediated by the ideology of the Capitalist Mode of Production (CMP). Indeed, in the modern world, material domination is necessary for ideological domination and conversely, aiming (re)producing capitalistic subjectivities, based on alienation, the absence of critical thinking and the lack of class consciousness. Science and Health are privileged locus of action, to strengthen the dominant social institute, homologous to the Hospitalocentric Medicalizing Psychiatric Paradigm, or to potentialize instituting currents, conciled with the Psychosocial Paradigm. Therefore, it is necessary to problematize the modes of knowledge production in the universities, 'cause we believe that a revolution in the modes of health production needs to be preceded by a revolution in the epistemological field. So, as a subversion to the CMP, we present the Intercessor Device (ID), elaborated by Costa-Rosa in the intersections of Freud and Lacan's Psychoanalysis with Historical Materialism, with the French Institutional Analysis and with the Philosophy of Difference. ID is a work-research methodology dialectically alternative to the technical division of labour and the separation of knowing x doing, so the one that works serving the population in health establishments is the one that

goes to university to do science, so the research is an extension of the work, thus, the theoretical elaborations that the worker-intercessor produces from his praxis, aiming to know Himself, and, in second place, to transmit another type of knowledge, that has some organizing-instituting function in favor to social justice, to the collective.

Keywords: Intercessor Device; Freud and Lacan's Psychoanalysis; Historical Materialism; Institutional Analysis; Science.

Em bom português, é necessário fazer da maioria da população uma massa imbecilizada capaz de agir contra seus interesses mais diretos [...]. Assim sendo, é fundamental saber de que modo a ciência dominante entre nós legitima a rapina econômica de uns poucos e confere, no mesmo movimento, o beneplácito para a manutenção da miséria e da humilhação de tantos (SOUZA, 2016, p. 28-29).

Introdução

As práticas se articulam, necessariamente, aos saberes (COSTA-ROSA, 2013a) e todos os processos de produção social, incluindo a produção de saúde e de conhecimento científico, sofrem interpelação ideológica, no caso, são intermediados pela ideologia dominante, por isso, o modo de produção de trabalho e de pesquisa são causa-efeito do Modo Capitalista de Produção (MCP), de forma que o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) (COSTA-ROSA, 2013a) e a Ciência Moderna têm se configurado como pilares do capitalismo (SANTOS, 2007; 2011; MARTINS, 1997) e vice-versa.

Lacan (2008) diz que a ética das sociedades capitalistas é a ética do “a serviço dos bens”, igualmente, Jessé de Souza (2016) sublinha que, na sociedade contemporânea, todas as instituições estão a serviço da classe social dominante, da elite do dinheiro, dentre elas a Educação, e, por conseguinte, seus estabelecimentos (universidades e escolas). Este autor observa que “no mundo moderno, quem quiser se apropriar por meio de instrumentos de mercado e de Estado, da riqueza e do produto do trabalho alheio tem, antes, de convencer os espoliados de que a dominação que os explora e subordina é para seu próprio bem” (p. 20).

Não é apenas uma exploração material que está em jogo no capitalismo, mas é, antes, e sobretudo, uma dominação do pensamento, portanto, ideológica. Por conta disso, “quem controla a produção das ideias dominantes controla o mundo. Por conta disso também, as ideias dominantes são sempre produto das elites dominantes” (SOUZA, 2016, p. 20). A dominação material é necessária para a dominação ideológica, e, dialeticamente, a recíproca é verdadeira.

A interpelação da ideologia liberal foca nos processos de subjetivação, com fins de (re)produzir subjetividades capitalísticas (GUATTARI; ROLNIK, 1986), calcadas na alienação, na ausência de pensamento crítico e na falta de consciência de classe. Barembliitt (2002) grifa o papel preponderante das universidades e das escolas nos mecanismos modernos de dominação, no sentido de fortalecer ou de enfraquecer o instituído social dominante:

Acontece que uma escola não só alfabetiza, não só instrui, não só educa dentro dos objetivos manifestos do organizado e do instituído, mas também prepara força de trabalho (alienado), ou seja, uma escola também é uma fábrica. [...] Mas uma escola também é um âmbito onde se tem a ocasião de formar um agrupamento político-escolar, um clube estudantil; uma escola também é um lugar onde se pode aprender a lutar pelos direitos; uma escola também é um lugar onde se pode integrar um sistema de ajuda mútua entre os alunos; uma escola também é um lugar onde se pode adquirir elementos para poder materializar as correntes instituintes, produtivas; numa escola também se pode aprender a lutar contra a exploração, a dominação, a mistificação. [...]. Neste sentido, a escola pode ser também, por exemplo, uma frente de luta revolucionária, de luta sindical, um lugar de doutrinação para a revolução, um lugar de exercício da solidariedade (p. 33-34).

A análise Institucional enfatiza que o instituído cumpre um papel histórico importante para regulamentar a vida em sociedade, disciplinando as atividades humanas (BAREMBLITT, 2002). Souza (2016), ao analisar o golpe constitucional contra a presidenta Dilma, que levou ao seu *impeachment*, em 2016, faz duras críticas à ciência, pela sua atuação no processo alienante de deformar as informações, de maneira a ocultar e mistificar a luta de classes. Neste esteio, Barembritt (2002) entende que há três processos viciosos que se repetem na história para manter o instituído social dominante: a exploração, a dominação e a mistificação.

[...] exploração de alguns homens pelos outros (expropriação da potência e do resultado produtivo de uns por parte de outros); dominação, ou seja, imposição da vontade de uns sobre os outros e desrespeito à vontade coletiva, compartilhada, de consenso; e mistificação, ou seja, uma administração arbitrária ou deformada do que se considera saber e verdade histórica, que é substituída por diversas formas de mentira, engano, ilusão, sonegação de informação etc. (p. 32).

A Ciência produz conhecimentos que não são apenas aplicados às Ciências Exatas, engenharia, química, etc, são conhecimentos que agenciam o laço social. Nesta direção, Haraway (1995) define a Ciência como um campo de poder, que, no contexto do MCP, serve para instituir modalidades de pesquisas cujas diretrizes atendem aos interesses de um grupo em especial, a saber, o polo social dominante, cuja representação se faz pela figura do patriarca, caucasiano, rico, heterossexual e cristão. Gramsci (1995; 2000) diz que os intelectuais são os “prepostos” para a hegemonia da classe social dominante e seu governo político, porque eles, trabalhando na (re)produção da ideologia dominante, conseguem dissuadir as correntes instituintes sem utilizar a coerção ou outras técnicas repressivas, sendo capazes de produzir um “consenso espontâneo” (GRAMSCI, 2000, p. 21).

Pensar a Ciência enquanto um campo de poder nos faz considerar as forças em disputa no plano teórico-técnico e, conseqüentemente, ético-político. Segundo Haraway (1995) o

conhecimento busca o poder e não a verdade, lembrando que, como diz Souza (2007, p. 25), “É necessário, para quem domina e quer continuar dominando, se apropriar da produção de ideias para interpretar e justificar tudo o que acontece no mundo de acordo com seus interesses”. Nesse sentido, também importa considerar que:

Todo grupo social, nascendo no terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria para si, ao mesmo tempo, organicamente, uma ou mais camadas de intelectuais que lhe dão homogeneidade e consciência da própria função, não apenas no campo econômico, mas também no social e político: empresário capitalista cria consigo o técnico da indústria, o cientista da economia política, o organizador de uma nova cultura, de um novo direito, etc., etc. (GRAMSCI, 2000, p. 15).

O conhecimento é uma importante ferramentas de controle, para a governa(r)mentalidade de uma Formação Social, para a estabilidade do instituído e da sociedade de classes (CHAUÍ, 2004). A Ciência, analisada na perspectiva institucionalista cumpre a função de controlar a vida humana (BAREMBLITT, 2002), entretanto, as universidades, onde se produz grande parte das pesquisas científicas, são peças-chaves do Processo Estratégico de Hegemonia (PEH) (GRAMSCI, 1995; 2000), no que concerne a manter as diferenças socioeconômicas das classes dominante e subordinada, as desigualdades sociais.

O Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH) é um conceito de Gramsci que nos permite analisar, em termos molares, certas linhas de composição das formações sociais [...]. O PEH compreende um conjunto de práticas, relacionadas à estratégia e tática, destinadas a manter a Formação Social, seja uma instituição ou a sociedade como um todo, em equilíbrio dinâmico; dado tratar-se de realidades segmentares e contraditórias quanto aos interesses e visões de mundo que aí necessariamente se atualizam. Essa segmentaridade tende à polarização. Daí podermos falar em PEH como esforço de manter em equilíbrio dinâmico interesses dominantes e subordinados (COSTA-ROSA, 2013b, p. 57).

Souza (2016), ao tratar da questão dos índices de desigualdade social no Brasil, refere que a dominação material está intrinsicamente relacionada à dominação ideológica, pois, ambas atuam conjuntamente para assegurar os privilégios morais, intelectuais, jurídicos, políticos e econômicos da elite do dinheiro: “São as ideias dominantes que estarão a mente de quem julga sentenças, de quem escreve nos jornais, de quem faz a cabeça da sociedade como formadores de opinião” (p. 37).

Não por acaso, sob a gestão do atual (des)governo federal, cujo selo político é o conservadorismo e o reacionarismo, a educação pública vem sendo palco de lutas políticas

acirradas, com a substancial diminuição no investimento, tanto para a educação básica, como para o ensino superior. No seminário realizado em outubro de 2019 pela Comissão de Educação da Câmara dos Deputados, professores e parlamentares criticaram a gestão de Bolsonaro, responsável pelo “desmonte” da educação e pelo ataque deliberado à consciência crítica (AGÊNCIA CÂMARA NOTÍCIAS, 2019).

É necessário problematizar os modos de produção de conhecimento, pois, acreditamos que uma revolução nos modos de produção de trabalho, em termos de produção de saúde, precisa ser antecedida por uma revolução a nível epistemológico, em termos de produção de saber, que não poderia se iniciar senão pelos seguintes questionamentos: para que serve o conhecimento científico? Quem é beneficiado pela Educação? Para qual fim concorrem as ciências psicológicas? Ao responder essas perguntas poderemos deduzir quais são os efeitos éticos e sociais das variadas metodologias científicas (BENELLI, 2019a).

Safatle (2017) adverte que: “A revolução, se não quiser ser um retorno ao mesmo lugar, é indissociável de uma mudança na estrutura do saber” (p. 217). Se a Educação, por analogia, a pesquisa, é uma instituição, um campo onde se materializam os conflitos da luta de classes como tem demonstrado a Análise Institucional (BAREMBLITT, 2002; LOURAU, 1975), deduzimos que não há imparcialidade na metodologia científica. A neutralidade do pesquisador não existe senão em decorrência da sua alienação. Jorge (1978) critica os métodos positivistas de trabalho e pesquisa na Saúde Mental fundamentados pelo Discurso Médico:

Enquanto representante hodierno típico do discurso da ciência – representante que possui uma incidência direta, maciça sobre o cotidiano de qualquer indivíduo -, o discurso médico prima por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia como daquele que o escuta. Daí a pretensa objetividade do cientista que, na verdade, está calcada na abolição da subjetividade do autor. [...]. O médico só intervém e só fala enquanto lugar-tenente da instituição médica, enquanto funcionário, instrumento do discurso médico. O médico só existe em sua referência constante ao saber médico, ao corpo médico, à instituição médica. Ele se anula enquanto sujeito perante a exigência de objetividade científica (p. 9).

A hipótese minuciosamente trabalhada por Costa-Rosa (2013a) é que o MCP é a pedra angular da Ciência Moderna (SANTOS, 2007; 2011), sobressaindo a função de normalização que o conhecimento científico assume nas formações sociais. A ideologia liberal ganha vida na voz dos cientistas, dos pesquisadores e dos intelectuais, afinal, são eles os agentes das práticas que fazem funcionar a instituição Educação como lógica e como lei (BAREMBLITT, 2002).

A estrutura do saber, ou seja, a maneira como se produz o conhecimento no âmbito das terapêuticas psiquiátricas, psicológicas, ocupacionais, entre outras terapêuticas aplicadas à Atenção Psicossocial, é, na maior parte das vezes, fruto da Ciência Moderna (SANTOS, 2007; 2011). Consequentemente, a maneira como o adoecimento e o sofrimento psíquico são compreendidos pela ideologia liberal dominante exerce forte influência sobre as ofertas de tratamento disponibilizadas no SUS.

Algumas considerações sobre a tecnociência capitalista

Concomitantemente à expansão da burguesia e do comércio ocasionadas pelo Modo Capitalista de Produção (MCP), a visão de mundo medieval disseminada pela Igreja passou a ser questionada, e, progressivamente, a teologia foi perdendo lugar no tocante a ser a fonte de todo conhecimento, porque as viagens comerciais proporcionaram o contato com outras civilizações e culturas, estimulando a reflexão e o senso crítico, também novas descobertas científicas.

Ao fim da Idade Média, surgiram movimentos contrários ao obscurantismo introduzido na Europa pela Igreja Católica, e o teocentrismo foi substituído pelo Humanismo, corrente filosófica que antecipou o Renascimento e a Revolução Científica (BACHUR, 2006). O Renascimento, como continuidade do Humanismo, foi determinante para tornar a ciência um método empírico, baseado na demonstração e na comprovação, retirando da religião o controle do conhecimento.

O período que se sucedeu ao Séc. XVIII foi denominado Idade da Razão – Iluminismo. Para os humanistas do Iluminismo, apenas a razão e o método científico rigoroso poderiam atingir a verdade. Apenas um conhecimento sólido, demonstrado e comprovado, pode fornecer as bases do progresso social (BACHUR, 2006). Conforme observa Jessé de Souza (2016, p. 20): “Quem atribui prestígio hoje em dia a uma ideia é o prestígio científico, assim como antes era o prestígio religioso ou supostamente divino. É a ciência hoje, mais que a religião, quem decide o que é verdadeiro ou falso no mundo”.

Boaventura de Sousa Santos (2011) conduz uma análise importante sobre a transição de paradigmas epistemológicos na Modernidade. Em “Crítica da Razão Indolente”, o autor diz que o conhecimento moderno se formou numa tensão entre energias emancipatórias e regulatórias, pois se tratava de uma modificação no modo de produção de conhecimento, já que a Revolução Científica retirou grande parte do saber-poder das mãos da Igreja

(BACHUR, 2006).

Santos (2007; 2011) conclui que o conhecimento teórico-disciplinar moderno acabou se constituindo como um saber universal e totalitário, logo, se olharmos mais de perto, embora haja divergência, o conhecimento nas mãos da Igreja ou nas mãos da ciência capitalista funciona como ferramenta de controle e disciplina.

A ciência moderna teve de lutar contra um inimigo poderoso: os monopólios de interpretação, fossem eles a religião, o Estado, a família ou o partido... O fim dos monopólios de interpretação é um bem absoluto da humanidade. No entanto, como a ciência moderna colonizou as outras formas de racionalidade, destruiu assim o equilíbrio dinâmico entre regulação e emancipação em detrimento desta (SANTOS, 2011, p. 95).

Os adeptos do Iluminismo lutavam pelo progresso cultural e tecnológico por meio de mudanças políticas, econômicas e sociais inspiradas nos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade. O Iluminismo, sobretudo, defendia a liberdade econômica, por isso a economia deveria ser conduzida pelo livre jogo da oferta e da procura, sem intervenção do Estado (BACHUR, 2006), mas, é preciso questionar: será que existe mesmo *liberdade* econômica? Há alguma *igualdade* na livre concorrência? Será que há *fraternidade* na Lei do Mercado?

Para seguirmos com nossas análises, retomamos a um ponto central de inflexão do capitalismo: se o trabalhador não detém mais os meios de produção, se vendo obrigado a vender sua força de trabalho e seu tempo de vida a outrem, de partida, esses ideais de liberdade, igualdade e fraternidade precisam ser questionados.

Em verdade, o Iluminismo preparou o terreno para as revoluções burguesas, para o liberalismo, suas aspirações políticas, jurídicas e ideológicas garantiam à burguesia a hegemonia quanto às relações capitalistas de produção, ou seja, a dominação social que havia no absolutismo foi apenas reformulada. Sobre algumas consequências do Iluminismo, Lacan (2011, p. 37-38) observa que:

O Iluminismo [...] tal como o inferno estava repleto de boas intenções. Ao contrário de tudo o que pôde ser dito, o Iluminismo tinha por objetivo enunciar um saber que não rendesse homenagem a nenhum poder. Só que lamentamos ter de constatar que aqueles que se dedicaram a esse ofício estiveram um pouco demais na posição de servos em relação a um certo tipo de senhores, muito felizes e florescentes, devo dizer – os nobres da época –, para que pudessem de algum modo levar a outra coisa que não à famosa Revolução Francesa, que teve como resultado que vocês conhecem, ou seja, a instauração de uma raça de senhores mais ferozes do que tudo o que se vira até então.

O Humanismo colocou o ser humano como ser principal e mais importante do mundo, acima de qualquer criatura, reforçando sua imagem de superioridade, de ser completo, polivalente; o homem foi posto como centro de todos os interesses, assim, o antropocentrismo exaltou a potência da mente e do corpo humano. As obras artísticas do Renascimento, período que precedeu o Iluminismo, esculturas e pinturas, eram criadas valorizando cada detalhe do corpo humano com proporções exatas.

Na figura do "homem vitruviano", produção icônica de Leonardo da Vinci, se tem mais do que técnicas artísticas cuidadosamente executadas, há amplos conhecimentos anatômicos aplicados para garantir a simetria e o equilíbrio. A imagem perfeita, ao longo da história da humanidade, há séculos e séculos provoca fascínio, especialmente, no que se refere à exaltação da superioridade do homem sobre os demais animais e sobre a natureza.

O mito grego de Narciso ilustra o drama do sujeito ver-se entorpecido e apaixonado pela própria imagem, ao ver seu reflexo na água, Narciso não pôde fazer mais nada além de contemplar sua beleza, chegando ao ponto de não sair da beira da fonte nem para se alimentar permanecendo ali até morrer. A ciência capitalista sustenta-se nessa imagem do indivíduo a quem nada falta, do corpo humano como engenharia perfeita.

Traçando um paralelo entre a Economia e a Saúde, em 1910, no contexto da globalização do neoliberalismo, foi elaborado o Relatório Flexner (PAGLIOSA; DAS ROS, 2008), do qual derivou o Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado (MENDES, 2006), neste documento científico, o funcionamento do corpo humano é comparado ao funcionamento de uma máquina e as doenças são tratadas por uma etiologia que é exclusivamente biológica, portanto, individual e localizada.

Da noção de doença localizada numa parte do corpo, derivou-se a fragmentação das disciplinas e a necessidade da crescente especialização e tecnificação (PAGLIOSA; DAS ROS, 2008). Para elaborar sua pesquisa, que durou apenas seis meses, Flexner vistoriou as 155 escolas médicas dos Estados Unidos da América e do Canadá. Seu relatório foi alvo de críticas, por ter sido elaborado tão rápido e partindo unicamente da sua própria avaliação, elaborada a partir de poucas horas de observação nas instituições. Flexner também foi apontado como preconceituoso com as minorias sociais, pobres, mulheres e negros (PAGLIOSA; DAS ROS, 2008).

A publicação do Relatório Flexner teve uma repercussão enorme sobre a educação médica, e, principalmente, sobre as formas de se compreender a vida humana e de se validar o conhecimento acadêmico, que passou a ser extremamente pragmático. Grande parte das

escolas médicas que adotavam referenciais menos científicos foi à falência, 80% das escolas de medicina homeopática fecharam as portas entre 1910 e 1920, e muitas se renderam ao modelo biomédico (PAGLIOSA; DAS ROS, 2008).

Tão logo o Relatório Flexner foi publicado, em 1911, estavam completamente extintas as escolas de fisiomedicalismo e cinco das sete escolas nas quais os negros podiam estudar, também fecharam (PAGLIOSA; DAS ROS, 2008). De acordo com Mendes (2006), em decorrência do cientificismo e do alto nível de tecnologias que passaram a ser empregadas, a medicina tornou-se um ofício exclusivo da elite, da classe social dominante.

A concepção saúde-doença no Paradigma Flexneriano é determinada por modelos explicativos, fundamentados no causalismo cartesiano, de maneira que a saúde é considerada como um mero sinônimo de ausência de doença, assim, as propostas de atenção não avançam além do âmbito médico-terapêutico; são práticas de trabalho higienistas, preventivistas, hospitalocêntricas e medicocentradas. Para Flexner, os locais ideais para se aprender sobre as doenças eram, por excelência, os hospitais, porque o adoecer era pensado como um processo natural e não social e, igualmente, considerava-se que a doença tinha apenas causa individual (PAGLIOSA; DAS ROS, 2008).

Na perspectiva flexneriana estavam em destaque o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo (PAGLIOSA; DAS ROS, 2008). O Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado (MENDES, 2006), como um laço social representativo dos interesses do polo social dominante, exclui os componentes subjetivos da doença e, mais ainda, a coletividade e a sociabilidade do processo saúde-adoecimento-Atenção, ou seja, mantém velado os (d)efeitos do sistema de produção, os adoecimentos que aparecem como sintomas enunciadores das contradições da luta de classes.

Toda ênfase flexneriana está nos aspectos curativos porque prestigiar o diagnóstico e terapêutica é, no plano do conhecimento, prestigiar o processo fisiopatológico em detrimento da causa e, à medida que este conhecimento for o preponderante, ele impregna a prática em todos os seus níveis, provocando um fenômeno de desdeterminação e, ao inverso, de fisiopatologização (MENDES, 2006, p. 239).

A Ciência Moderna (SANTOS, 2007; 2011) disciplinar produz conhecimentos que estrategicamente vão servir para modular a subjetividade dos indivíduos, fazendo dela uma subjetividade capitalística (GUATTARI; ROLNICK, 1986), serializadas, ou, nas palavras de Figueiredo (1991, 1994), “subjetividade privatizada”. Nesta direção, Souza (2016), critica as alianças da ciência com o capitalismo, justificadas pela ideia de que “A exploração material

de todo um povo só é possível com a colonização de seu espírito e de sua capacidade de refletir” (SOUZA, 2016, p. 14).

Através da fusão do grande capital com a corporação médica, instituiu-se a medicina científica, a qual Mendes (2006) denominou “sistema médico do capital monopolista” (p. 31). A lógica do sistema médico do capital monopolista institui a naturalização dos fenômenos da pobreza e da desigualdade. Cai-se no engodo imaginário que iguala mais médicos, mais terapeutas, mais remédios e mais hospitais a mais saúde, todavia, essa conta (médicos + terapias + remédios = saúde) não fecha, pois a quantidade dos serviços de saúde responde por menos de dez por cento dos resultados sanitários obtidos, e ainda que importantes, são apenas um dos componentes determinantes para saúde (MENDES, 2006).

Além da geração infinita de novas necessidades a serem satisfeitas exclusivamente por uma mediação técnica complexa e custosa e da consequente tecnificação do atendimento a serviço do capital industrial, outra consequência do positivismo mecanicista na biomedicina estaria na focalização da saúde-doença sempre no nível individual de responsabilização e de intervenção. Isso tem a ver com o fato de que um olhar fragmentado e intervencionista deixa pouco espaço para a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde-doença (ROZEMBERG; MINAYO, 2001, p. 116).

Hermínio Martins (1997) destaca as mudanças na compreensão de mundo e de homem e o grande impulso tecnológico que decorreram da Revolução Científica. Para ele, o desenvolvimento científico é, sobretudo, um projeto de dominação, que se caracteriza por uma ciência que não conhece seus limites, pois, o desenvolvimento da técnica já não visa melhorias na condição humana, nem depende mais de necessidades práticas, mas somente de impulsos e desejo de dominar o mundo.

O método cartesiano, matriz da Ciência Moderna (SANTOS, 2007; 2011), propôs oposições binárias e reducionistas, que dividiram o mundo entre homem-natureza, sujeito-objeto, saúde-doença, saber-fazer, masculino-feminino, corpo-mente, etc. Vê-se que o conhecimento científico moderno é tão aviltante e colonizador quanto o sistema de produção capitalista, conseqüentemente, quando aplicado ao campo da Saúde Mental, resulta em relações intersubjetivas e interinstitucionais hierarquizadas, que visam à disciplina e ao controle, à cura nos termos da adaptação.

A ciência capitalista está subordinada à tecnologia e passa a depender da técnica, tornando-se uma tecnociência, produto contingente e necessário ao Capital (MARTINS, 1997; COSTA-ROSA, 2013c). A tecnociência aplicada à indústria químico-farmacêutica, no PPHM,

dá os contornos do discurso médico (CLAVREUL, 1978), atualizado na medicalização causada pela psiquiatria que desconsidera as particularidades e singularidades subjetivas do adoecimento e seus contextos sociopolíticos, tratando tudo e todos com a mesma fórmula: consumir psicotrópicos. Costa-Rosa (2013c, p. 172-173) designa a psiquiatria moderna como “psiquiatria DSM”

Essa nova psiquiatria – que merece ser nomeada “psiquiatria DSM”, pela versão da tecnociência que lhe dá suporte em termos materiais e epistemológicos [...]. Está plenamente construída uma importante denotação contemporânea do termo “medicalização”: vigilância e assepsia (micro)política do corpo individual e do corpo social, garantido o processo de reprodução do capital (mais que oportunamente) investido na pesada indústria quimicofarmacêutica. Trata-se de repor, pela via das relações sociais da produção em Saúde Mental (na realidade Atenção ao sofrimento reconvertido em doença), as formas da produção da subjetividade serializada ou capitalística.

Como atesta Rosa (2010, p. 36): “Do discurso à ação pragmática; de alegoria a agente moral legitimador de intervenções, o moderno tornou-se um projeto, com diretrizes, propagandas e intérpretes”. O capitalismo contemplou o plano político-ideológico, econômico e a dimensão subjetiva, sendo que a dimensão subjetiva não compreende um plano de interioridade psicológica distinto do que seria uma “objetividade” social externa, tampouco é limitada pelo corpo orgânico, não obstante, com essa locução, queremos indicar, tal como postulado por Costa-Rosa (2013) que a subjetividade consiste numa trama moebiana na qual o plano psíquico e o social se transversalizam.

O trabalho vivo em ato na produção de saber

Para Santos (SANTOS, 2007; 2011) a ciência está contextualizada culturalmente, de modo que cada realidade contém, além do universal, o particular e o singular, porque a realidade social se estrutura de forma complexa e não simplista. Ademais, há de se considerar também que a sociedade possui antecedentes históricos e por isso, como a história está sempre se processando, a realidade é dinâmica.

A Ciência Moderna, por ser totalitária, traz consigo, em germe, o seu contraditório, Síveres e Santos (2013, p. 135) resumem as características que determinam sua crise: as tentativas de aniquilamento de formas de pensar, de se expressar, de se relacionar, de produzir alternativas; a produção do outro como objeto; a construção do homem como possuidor e controlador da natureza; a justificação da dominação como direito natural; a invenção de uma

história humana unidirecional em que a ponta da lança é a Europa; a hipercientificização da emancipação e a hipermercantilização da regulação; as hierarquias abstratas, para citar alguns.

Boaventura de Sousa Santos (2007; 2011) caracteriza o conhecimento de duas maneiras: conhecimento-emancipação e conhecimento-regulação. O conhecimento-regulação, como vertente do instituído não tem intuito de mudanças sociais, ele tende a ser estático e não dinâmico, porque é congruente com a ideologia dominante e acredita que o objetivo do saber é instaurar a ordem. É um conhecimento totalitário que não reconhece outras epistemologias que não compartilhem da racionalidade cartesiana, portanto, as relações sociais são verticalizadas e repetem a hierarquia da sociedade de classes. Santos (2011) concebe que a racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e sua inclinação à lei do mercado constituem os pilares da regulação moderna.

O conhecimento-emancipação, por sua vez, vem das pulsações instituintes, busca mudanças em prol da solidariedade e da justiça social e sua finalidade maior é alcançar melhorias para a comunidade por meio da ação conjunta, coletiva. Nesta perspectiva de relações sociais horizontalizadas e de cooperação, “Conhecer é reconhecer, é progredir no sentido de elevar o outro da condição de objeto à condição de sujeito. Esse conhecimento-reconhecimento é o que designo por solidariedade” (SANTOS, 2011, p. 30).

Como alternativa ao conhecimento-regulação (SANTOS, 2007; 2011), Costa-Rosa (2013d) apresenta o Dispositivo intercessor (DI) como uma forma de trabalho e pesquisa, ou melhor, intercessão-pesquisa, radicalmente oposta ao MCP e à Ciência Moderna (SANTOS, 2007; 2011). No DI, não se pretende apenas conhecer por conhecer, sem ter ligação subjetiva com o “objeto” de pesquisa, conforme propõe a pretensa imparcialidade da racionalização cartesiana, pelo contrário, o pesquisador está profundamente envolvido com seu trabalho-pesquisa, pois não há cisão entre saber e fazer: quem trabalha é quem pesquisa.

Gramsci (1995; 2000) diz que todos os homens são intelectuais, no entanto, nem todos adquirem prestígio na sociedade quanto à produção de conhecimento. Este autor assume que para resistir à dominação imposta pelo MCP é necessário que do tecido social surjam os intelectuais orgânicos, em contraposição aos intelectuais tradicionais, que se dizem neutros e assepsiados quanto ao universo político. É como um intelectual orgânico que o trabalhador-intercessor chega à universidade: se o DI tem como premissa basal a indissociabilidade entre fazer e saber, então, a proposição de uma dissertação ou tese, exige que o pesquisador seja o trabalhador.

O intercessor, surge, primeiramente como efeito de um questionamento do trabalhador

sobre sua relação com a sociedade, enquanto ser social (MARX, 1974; 2004), quanto à função produtiva do seu trabalho. Só-depois, vem o devir pesquisador, que aparece quando este trabalhador vai à universidade fazer pesquisa, produzir conhecimento teórico. Uma distinção é fundamental: o saber produzido pelo intercessor assume alguma função social instituinte-organizante no campo de intervenção, tendo no horizonte o uso e usufruto coletivo do conhecimento científico.

Como principal característica do DI tem-se a aspiração de superar a divisão do trabalho instaurada pelo MCP, visto que não há fragmentação no processo produtivo, não há cisão entre os que sabem (teóricos) e os que fazem (técnicos): quem trabalha como técnico na RAPS, é quem, na universidade, continuará trabalhando como teórico, então o pesquisador é o próprio trabalhador. Trabalhar nas condições do MCP significa ir na contramão do que Marx (2004) conceituou como humanização, na contramão da genericidade humana que o trabalho como a atividade vital do homem.

A dimensão humana do trabalho, o trabalho vivo (MARX, 1978), no MCP, foi substituído pelo trabalho morto, de modo que o homem não é mais do que uma máquina: não importa sua capacidade de criar, apenas sua força de trabalho. Em síntese, a consequência da perda do trabalho vivo é que: “O trabalho é externo ao trabalhador, não pertence ao seu ser, ele não se afirma, portanto, em seu trabalho, mas nega-se nele, não se sente bem, mas infeliz (MARX, 2004, p. 83). O rechaço ao trabalho vivo aparece como uma especulação capitalista (MARX, 1978).

Na era da tecnociência, com as expoentes especializações cada vez mais reducionistas, porque criam especialidades dentro da própria especialidade (por exemplo, não só existe a psiquiatria como especialidade, há a neuropsiquiatria), os processos de trabalho são capturados pela especialização infinita. Os objetos de pesquisa e de trabalho, mesmo quando se trata da saúde, estão cada vez mais subdividido (neurologia para o cérebro, psiquiatria para a mente, psicologia e terapia ocupacional para o comportamento, etc.).

Para Merhy (2002) nos sistemas de produção estão envolvidos tanto o trabalho morto quanto o trabalho vivo, sendo que o agente produtor (homem) é quem, por meio de uma tecnologia que lhe é particular, um certo saber tecnológico – saber-fazer –, junta o trabalho morto da máquina e seu trabalho vivo em prol de um resultado final. O saber-fazer acentua a capacidade humana de criar, a dimensão do trabalho vivo em ato (MARX, 1978), logo, o agente produtor é a parte mais importante do processo produtivo, porque depende dele operar a máquina.

As produções teóricas e técnicas em Saúde são entendidas por Merhy (2002) como trabalhos vivos, entretanto, é preciso analisar as condições em que o trabalho na universidade ou na RAPS ocorre, por exemplo, quando o juiz determina que seja feita uma internação compulsória outorgando à equipe do CAPS esta ordem, se vê que não há no trabalho do psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeiro, entre outros, nenhum saber-fazer, há apenas (re)produção, ou seja, é um trabalho morto, porque se deu sem considerar a consciência do trabalhador. Nos modos capitalistas de se produzir tratamentos, o trabalhador não participa de todas as etapas da produção, estando, frequentemente, alheio às questões principais: O que produzir? Como produzir? Produzir para quê?

Merhy (2002) apresenta dezessete teses sobre o trabalho em Saúde e sobre as tecnologias de produção do cuidado, dentre elas, destacamos seis, as quais consideramos contribuir para a compreensão do arcabouço teórico do DI. 1). *As relações produtivas constituem um analisador importante das práticas em Saúde*; disso inferimos que a subjetividade da saúde alienada é efeito do MCP. 2). *As relações entre trabalho morto e trabalho vivo são (re)produções das condições materiais da sociedade*; ou seja, a depender do sistema de produção, haverá mais ou menos trabalho vivo. 3). *Para o trabalho em Saúde importam mais as relações que o constituem do que os meios de trabalho*; é mais importante a ética e a política do que o método terapêutico. 4). *A gestão e o processo de trabalho devem ser “publicizados”*; o mesmo que dizer que a gestão deve ser compartilhada, coletivizada. 5). *O trabalho em saúde não pode ser trabalho morto, porque se trata do encontro de subjetividades*; aqui, entendemos que, somente se o trabalhador não for ele mesmo alienado quanto ao seu trabalho, ele poderá engendrar a produção de subjetividade da saúde singularizada, implicação subjetiva e sociocultural. 6). *O trabalho vivo em ato opera como uma máquina de guerra política*; de fato, os agentes das práticas (trabalhadores) são os componentes mais importantes de uma instituição, haja vista que são os homens que fazem a instituição funcionar e é no âmbito do fazer, das práticas, que surgem as pulsações instituintes e as revoluções discursivas.

No DI, o trabalhador-pesquisador, *a priori*, está implicado com o seu trabalho nos estabelecimentos institucionais da RAPS, a elaboração de uma dissertação ou de uma tese, vem *a posteriori*, como um desdobramento do seu desejo de saber de Si e da sua prática e de instituir, de transformar. Há uma reversão quanto ao modo de produção de pesquisa dominante: o pesquisador não vai da universidade à RAPS para fazer pesquisa, é o trabalhador que vai da RAPS para a universidade, para produzir o saber da *práxis*.

Há dois momentos distintos do DI: 1). Dispositivo Intercessor como modo de produção de subjetividade da saúde (DIMPS) e 2). Dispositivo Intercessor como modo de produção de conhecimento (DIMPC). O DIMPS antecede o DIMPC: há uma antecedência lógica do transformar em relação ao conhecer, do fazer em relação ao saber, por isso, o trabalho nos estabelecimentos institucionais da RAPS precede a pesquisa na universidade.

O trabalhador-intercessor tem o fazer-saber, a mestria artesanal, citada por Marx (1975) como um tipo de trabalho que exclui a servidão, relida por Costa-Rosa (2013a, p. 52) como “um fazer-saber diretamente dependente do trabalho vivo”. Deveras, o DI é um referencial teórico-técnico e ético-político alternativo ao MCP, que no plano da micropolítica, desponta como uma possibilidade de retomar o fazer-saber, recuperar a humanização pelo trabalho como concebe o Materialismo Histórico (MARX, 1975; 2004), acreditando que o fazer-saber, nos horizontes do cuidado e da criatividade, é, de fato, a atividade vital do homem (MARX, 1975; 2004).

No DI não há repetição das hierarquias típicas da sociedade de classes (CHAUÍ, 2004), não há concentração de saber-poder, pois, se prioriza a horizontalização das relações na equipe multidisciplinar e nas ações intersetoriais, sobretudo, nas relações entre aqueles que trabalham nos estabelecimentos institucionais da RAPS, terapeutas, e a população atendida, reiterando os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS (BRASIL, 2009; 2010; 2013): Transversalidade; Indissociabilidade entre atenção e gestão; e Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos (BRASIL, 2009; 2010; 2013).

Como temos demonstrado, a potência do trabalho vivo tende a ser seguidamente capturada pelo MCP, em diferentes frentes. Nossa tese é que, apenas por meio do desenvolvimento do pensamento crítico, da consciência de classe e do conhecimento-empoderamento os trabalhadores podem ser agentes de produção de saúde, para si mesmos e para os outros.

Costa-Rosa (2013d) considera que os trabalhadores são a parte mais valiosa da instituição, haja vista que, a partir da sua implicação subjetiva e sociocultural podem surgir processos de transformações sociais baseados na autoanálise e na autogestão, conforme descreve Barembliitt (2002, p. 16):

A autoanálise consiste em que as comunidades mesmas, como protagonistas de seus problemas, necessidades, interesses, desejos e demandas, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um pensamento e um vocabulário próprio que

lhes permita saber acerca de sua vida, ou seja: não se trata de que alguém venha de fora ou de cima para dizer-lhes quem são, o que podem, o que sabem, o que devem pedir e o que podem ou não conseguir. Este processo de autoanálise das comunidades é simultâneo ao processo de auto-organização, em que a comunidade se articula, se institucionaliza, se organiza para construir os dispositivos necessários para produzir, ela mesma, ou para conseguir os recursos de que precisa para a manutenção e o melhoramento de sua vida sobre a terra. Na medida em que essa organização é consequência e, ao mesmo tempo, um movimento paralelo com a compreensão dada pela autoanálise, ela também não é feita de cima para baixo, nem de fora, mas elaborada no próprio seio heterogêneo do coletivo interessado.

O inconsciente é a política: Dispositivo Intercessor de Marx a Freud-Lacan

As correlações da Psicanálise com o Materialismo Histórico, indicada nas produções de Costa-Rosa (2013d) compõem os fundamentos teórico-conceituais do DI. De acordo com Costa-Rosa (2011, p. 746), “o sujeito no sentido psicanalítico [inclui]: o homem simultaneamente como ser social (‘entre’ os homens) e como ser de sentido (‘entre’ significantes)”, assim, presumimos que a linguagem está para Lacan como a cultura está para Marx.

Na perspectiva da psicanálise lacaniana, o sujeito surge como efeito no campo do Outro (CABAS, 2009; FINK, 1997; 1998; GARCIA-ROZA; 1998; NASIO, 1993; LACAN, 1985; 1998a; 1998b; 1999; 2008; 2009; QUINET, 2005; 2008; 2009; SOLLER, 1997). Para nós, invariavelmente, o Outro contém o social, de maneira que é uma matriz de subjetivação feita de Linguagem e Cultura. Em outras palavras, temos por hipótese que o social, tal qual o Outro materno (não exclusivamente a mãe, mas quem se dedica ao bebê), é um ponto nevrálgico dos processos de constituição psíquica e subjetivação. Na explicação de Martins (2010, p. 10):

Lacan diz de um assujeitamento ao campo do Outro, grande Outro, escrito com maiúscula, para aferir que esse Outro, ao qual todo ser falante se assujeita, está para além do outro semelhante e remete a um campo que nos circunda mesmo antes do nosso nascimento, o campo da linguagem, campo que vige no mais exterior e no mais interior de nós mesmos.

Nas obras de Marx fica claro que a genericidade humana, o homem como ser genérico, sua hominização, se dá pelo trabalho, lido como a capacidade de dominar a natureza para satisfazer as carências a fim de chegar à dimensão do carecimento. Porém, a genericidade humana, além do trabalho, depende, sobretudo, das relações sociais, portanto, da política (MARX, 1974; 1975; 1978; 1983; 2004). O homem como ser genérico, pertencente à espécie

humana, necessariamente, estabelece relações sociais, visto que é o social que permite ao homem objetivar-se como ser genérico (MARX, 1974; 2004).

O Materialismo Histórico, como instrumento teórico de análise política, tem a economia como o analisador principal dos modos de vida, e de constituição das subjetividades. Em “Sociedade e mudanças sociais”, Marx (1974) diz que “na produção social das suas vidas os homens entram em relações definidas, que são indispensáveis e independentes da sua vontade, relações de produção” (p. 62). De novo, em “Para a crítica da economia política”, Marx (1978, p. 130) afirma que “o modo de produção da vida material condiciona o processo em geral de vida social, político e espiritual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência” (p. 130).

A correlação entre as formações subjetivas e a Formação Social que permite aproximar a psicanálise do Materialismo Histórico também é defendida por Rozitchner (1989), para este autor, a formação do aparato produtivo é necessária e anterior à formação do aparato psíquico: “É evidente que o aparato psíquico não faz senão reproduzir e organizar esse âmbito individual, a própria corporeidade, como adequada ao sistema para poder viver e ser dentro dele” (p. 19). Outrossim, em “A ideologia Alemã”, Marx e Engels (1984) defendem que o modo de produção não delimita apenas a forma como o homem pode trabalhar para suprir suas necessidades de subsistência (carência), mas, também, a forma como ele pode existir como ser social, ter seu desejo (carecimento) influenciado pelos ideais socioculturais:

Não se deve considerar tal modo de produção de um único ponto de vista, a saber: a reprodução da existência física dos indivíduos. Trata-se, muito mais, de uma determinada forma de atividade dos indivíduos, determinada forma de manifestar sua vida, determinado modo de vida dos mesmos. Tal como os indivíduos manifestam sua vida, assim são eles. O que eles são coincide, portanto, com a sua produção, tanto com o que produzem, como o modo como produzem. O que os indivíduos são, portanto, depende das condições materiais de sua produção (MARX; ENGELS, 1984, p. 27-28).

Nossa hipótese de trabalho é que a condição de ser social (MARX, 1974; 2004), de cidadão, antecede o sujeito do inconsciente. “Tudo o que vemos em ação interna aparece e permite a construção teórica de uma organização subjetiva externa, que determina nosso modo de ser como réplica da organização social” (ROZITCHNER, 1989, p. 19). Sobre as correspondências entre a dialética marxiana e a psicanálise, Rozitchner (1989, p. 19) defende que, “em Freud tratar-se-ia de explicar a estrutura subjetiva como uma organização racional

do corpo pulsional pelo império da forma social”.

Freud, desde de 1913, destacava a originalidade da psicanálise como um método de investigação dos processos sociais (1996a; 1996b). Nas Conferências Introdutórias (FREUD, 1996c), realizadas no ano de 1915, ele retoma o assunto dizendo que a psicanálise, como ciência, pode ser aplicada à história da civilização, sendo pioneira na descoberta de que “os atos e estruturas psíquicas são invariavelmente supradeterminados” [*Überdeterminierung*] (FREUD, 1996d, p. 125).

Na segunda década dos anos 1900 a psicanálise passou por uma mudança significativa, se voltando mormente para os problemas culturais. “O Futuro de Uma Ilusão” (FREUD, 1996e), escrito em 1927, inaugura a fase social da psicanálise, que passou a se preocupar não só com o psiquismo individual, mas também com o social, com os ideais socioeconômicos-culturais, responsáveis pela construção do “inventário psíquico de uma civilização” (p. 23).

A despeito da psicanálise ser uma terapêutica da dimensão da clínica *stricto sensu*, examinando os escritos de Freud (1982a; 1996a; 1996b; 1996c; 1996d; 1996e; 1996f), se constata que o pacto social nunca foi esquecido. Numa conversa informal com um amigo, em 1923, Freud (1982a) lhe recomenda a leitura de “Psicologias de Massas e a Análise do Ego”, “porque ele mostra um caminho da análise do indivíduo à compreensão da sociedade” (p. 399), nesta publicação, é patente que, para Freud (1996f), a psicologia individual é social.

Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que, desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado, mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social (FREUD, 1996f, p. 81).

Apreciando a abordagem psicanalítica freudiana do constructo social, Enriquez (2005) diz que os processos inconscientes não influenciam apenas o indivíduo isolado, mas também os grupos e as instituições, assim, não é possível pensar a psicanálise unicamente como um procedimento terapêutico de tratamento individual, haja vista que a constituição do sujeito depende da sua entrada no laço social.

Lacan (1992) na Teoria dos Discursos diz que os discursos advêm do campo do Outro. Entendendo que o campo do Outro contém muito da realidade socioeconômica-cultural, acreditamos que a partir dele se faz formação subjetiva e a formação social, a partir da estrutura discursiva do laço social se tece “algo de relações constantes” (LACAN, 1992, p.

13). Consideramos que essas *relações constantes* dizem respeito às formas de relacionamentos intersubjetivos que são sobredeterminadas pelos instituídos familiar e socioeconômico-cultural dominantes.

Ao pensarmos a constituição do sujeito no laço social é preciso ter em mente que há um “discurso que já está no mundo e que o sustenta [...]”. Não apenas já está inscrito, como faz parte dos seus pilares” (p. 13). É preciso pensar a linguagem como uma estrutura que está para-além das enunciações e do próprio sujeito que fala: “um discurso sem palavras” (p. 11). “O Discurso estrutura o mundo real [...] governa tudo o que eventualmente pode surgir de palavras” (LACAN, 1992, p. 16-17), e, apesar delas.

Lacan diz (2009) no Seminário 1 que o trabalho da análise é “reconhecer que função assume o sujeito na ordem das relações simbólicas que cobrem todo o campo das relações humanas” (p. 83), portanto, é indispensável considerar a realidade socioeconômica-cultural. Defendemos que a realidade psíquica e a realidade histórica, durante a causação do sujeito, são entrelaçadas, o que nos leva a conceber que há uma área de intersecção entre elas que pode ser compreendida a partir da Psicanálise e do Materialismo Histórico.

Enriquez (2005) defende que a psicologia social contribui juntamente com a psicologia individual para a constituição psíquica, porque o imaginário social exercerá sempre forte influência quanto às possibilidades de alienação e separação do desejo do Outro, de saída da posição de objeto do desejo do Outro para a posição de sujeito desejante. Dito de outro modo, a Cultura está, sem dúvidas, envolvida nos processos centrais da constituição psíquica, tanto nos processos primários de subjetivação (recalcamento, renegação e forclusão), quanto nos processos secundários de subjetivação empreendidos pelo homem para a elaboração dos conflitos psíquicos que surgem ao longo da vida (sintoma e sinthoma).

Os processos de socialização pelos quais o *infans* passa [...] e a experiência da castração simbólica permitirão a passagem do *infans* à criança, quer dizer, a passagem de um ser associal, animado por um desejo de total-potência (ligado, de fato, a um sentimento de real impotência), a um ser social que integra os valores de seu grupo e se localiza em relação a eles, e o acesso à humanidade (ENRIQUEZ, 2005, p. 159).

A Cultura não visa somente formar um agrupamento de indivíduos e regular sua convivência. Sobre o que é a Cultura, Freud (1996e) responde que mais-além da formação social da civilização humana, “inclui todos os regulamentos necessários para ajustar as relações dos homens uns com os outros e, em especial, a distribuição da riqueza disponível”

(p. 16), ou seja, a luta de classes se assenta na Cultura, de modo que os regulamentos da civilização, os ideais socioculturais “visam não apenas a efetuar uma certa distribuição de riqueza, mas também a manter essa distribuição” (p. 16)

Freud (1996e) compreende que os ideais socioculturais exigem dos homens renúncias aos seus instintos, já que as civilizações se estabelecem por medidas de coerção: frustração, proibição e privação. No entanto, essas medidas de coerção não se aplicam a todos uniformemente, de maneira que há restrições que só se aplicam a certos grupos da sociedade, o que nos permite dizer que a diferença de classes é desde sempre flagrante e seus efeitos precisam ser reconhecidos e considerados também na economia psíquica.

Atenção Psicossocial e demanda integral territorializada

Desde os movimentos da Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1995; 1996; 2003; 2007; YASUI, 1999; 2010), se insiste na arguição de que o sofrimento psíquico está para-além da psicopatologia, por isso é eticamente necessário ampliar a clínica. Passos (2015) defende que, no campo da Saúde Pública, clínica e política não se separam.

Nesta direção, Costa-Rosa (2013d) faz considerações preciosas sobre as interdependências entre as formas contemporâneas do adoecimento e o contexto sociocultural-econômico, sobre a especificidade do sofrimento psíquico como índice das vicissitudes da sociedade capitalista, ele diz que “se trata de rupturas numa subjetividade suportada por um corpo conceituado como disjunto do organismo; rupturas que acontecem num contexto complexo de fatores subjetivos, econômicos, sociais, culturais e políticos” (COSTA-ROSA, 2013e, p. 109).

No que concerne às Políticas Públicas, muitos autores versam sobre a prática da psicanálise na Atenção Psicossocial, dentre eles, Alberti e Figueiredo (2006), Aguiar (2016), Bueno (2016), Pessoa (2016), Rinaldi (2005, 2006), Rinaldi e Bursztyn (2008) e Victor (2009), porém, é nos trabalhos de Costa-Rosa (1987; 1999; 2000; 2009; 2011; 2012; 2013d; 2019a; 2019b) que se pode ver o exercício de uma psicanálise que é, de fato, advertida das relações socioeconômicas-culturais e políticas da sociedade de classes, que se estendem a todas as instituições, transversalizando também o SUS.

Tendo em vista que o adoecimento possui uma sociogênese complexa que não pode ser denegada, Costa-Rosa (2013e, p. 111) destaca que “Para a Estratégia Atenção Psicossocial a constituição subjetiva só pode ser concebida na imersão do sujeito no social – no âmbito da

família e da Formação Social”. Sendo assim, este autor apresenta, para a Saúde Coletiva, uma “Clínica Crítica dos processos de subjetivação” (COSTA-ROSA, 2013d, p. 165).

A partir da sua *práxis* de trabalhador e pesquisador, por mais de quatro décadas na Saúde Coletiva, com a perspicácia que lhe é particular, este autor inventou seu próprio referencial transdisciplinar, visando ao fazer-saber do trabalho-pesquisa, elaborou o Dispositivo Intercessor (DI). O DI conjuga saberes da Psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico como sua base e também absorve contribuições acessórias da Análise Institucional francesa (Lourau e Lapassade) e da Filosofia da Diferença (de Nietzsche a Deleuze dialogando com Foucault e Guattari).

Costa-Rosa (2019a; 2019b) considera que a psicanálise de Freud e Lacan é o referencial mais adequado para o trabalho clínico na RAPS, no entanto, porque os processos de trabalho sofrem interpelação ideológica, argumenta que o terapeuta no SUS não lida apenas com a psicopatologia, mas também com o social, pois, os estabelecimentos institucionais da RAPS são “palcos de luta política” (COSTA-ROSA, 2013e, p. 96). Este autor, explorou vastamente as nuances da Demanda Social (LOURAU, 1975; LAPASSADE, 1977) no campo da Saúde e sua participação na formação dos sintomas, como formações do inconsciente e fontes de sofrimento psíquico.

A Demanda Social toma como referência a própria Formação Social, em que os indivíduos habitam e em cujos processos de produção da vida cotidiana participam, incluindo o processo de produção-saúde-adoecimento. A Demanda Social é hiância em sentido amplo; refere-se ao conjunto das pulsações produzido pelo antagonismo das forças em jogo no espaço socioeconômico e cultural, ou seja, no Território (COSTA-ROSA, 2013e, p. 106-107).

No intuito de contemplar a especificidade da “demanda integral territorializada” (COSTA-ROSA, 2013e, p. 107), entendendo que o terapeuta no SUS não pode e não deve (eticamente) trabalhar da mesma maneira como o faz no seu consultório particular (como psicanalista, psicólogo, terapeuta ocupacional, etc.), onde os atravessamentos do social não são tão condicionantes para as determinações do sofrimento psíquico, bem como para os seus equacionamentos. Por conseguinte, a face de Demanda Social não está presente nos sintomas tratado nos consultórios particulares com a mesma intensidade como está nos sintomas endereçados à RAPS.

Há outro aspecto da Demanda Social que é imprescindível destacar. Trata-se da hipótese, desta vez freudiana e marxiana, de que todo o sintoma e todo o sofrimento

carregam sempre uma função e um sentido inalienável de objeção ao contexto social, cultural e intersubjetivo no qual emerge e é produzido (COSTA-ROSA, 2013e, p. 108)

É fundamental para o trabalhador-intercessor compreender que as pulsações da Demanda Social, a vertente instituinte que não logrou êxito, aparecem na RAPS traduzidas sob a forma de pedidos de tratamento para o sofrimento psíquico (COSTA-ROSA, 2013e). Essa tradução da Demanda Social em pedidos de tratamento é intermediada pela ideologia dominante, por isso, depende do imaginário social, das ideias legitimadas sobre o que é a saúde e a doença, sobre o que é a função da sociedade e do poder público, e o que se espera do SUS em termos de tratamentos psicossociais. Nas palavras de Costa-Rosa (2013e, p. 107-108):

Pois bem, uma parte importante dessas demandas ainda se apresenta sob a figura do sintoma, freudianamente falando. Ou seja, trata-se do ‘retorno do recalcado’ por mais agonístico que esse se apresente e por mais que esse paroxismo o torne muitas vezes facilmente moldável, de imediato, ao Discurso da Ciência psiquiátrica: falo dos transtornos obsessivos compulsivos, a velha neurose obsessiva; de depressões, metonímia de todas as formas de esmorecimento do sujeito diante dos impasses da sociedade acelerada, narcisista e de consumo; dos impasses que se estendem da simples ‘dor de existir’, característica do sujeito que só se torna humano pela mediação do sentido, até a mais deflagrada melancolia; dos pânicos, formas assumidas pela velha neurose de angústia; e de compulsões variadas, expressões dramatizadas da dependência dos objetos de consumo, a que cada vez mais estamos todos submetidos.

Melman (1992) destaca a sociogênese dos impasses nos processos de subjetivação, que se manifestam sob a forma de sofrimento psíquico em sintomas variados, especialmente, em sintomas que são estruturalmente correlatos à sociedade capitalista, sendo necessário contextualizar a formação do sintoma à luta de classe, à condição socioeconômica de quem adoeceu. Para sublinhar que há na estruturação subjetiva homologias à estruturação discursiva que rege o laço social, Melman (1992) cria a nomenclatura Sintoma Social Dominante.

O Sintoma Social Dominante guarda relação direta com o contexto sociocultural no qual ele acontece (MELMAN, 1992). Isto posto, entendemos que, o sintoma a nível individual, como formação do inconsciente que denuncia o conflito sexual recalcado, e, a nível social, surge como mensageiro do não-sabido sobre as contradições infringidas pela cultura, pela civilização organizada no sistema de produção capitalista. Costa-Rosa (2013e) esclarece que o Sintoma Social Dominante de forma alguma pode ser concebido e tratado como uma patologia individual:

Como podemos ver, por suas conexões com os processos de produção sociais amplos, esses retornos do recalcado exigem, para sua continência e processamento, várias operações de remanejamento de sentido; uma produção nova de sentido, que apenas em aparência é específica da história subjetiva e sociocultural daquele determinado indivíduo, ou seja, de sua estrita individualidade (p. 108).

Rozitchner (1989, p. 71) defende que “todo sistema de produção aparecerá como um sistema produtor de homens”. Em linhas gerais, a principal mudança ocasionada pelo MCP é que no sistema de produção capitalista o próprio homem se tornou trabalhador-mercadoria: “Tanto os sujeitos como os objetos estão determinados, em sua forma, pela forma mais geral do sistema de produção que produziu a ambos” (ROZITCHNER, 1989, p. 64).

A finalidade socioeconômica-cultural do trabalho foi substituída pelo objetivo de realização de valor, igualmente, a produção que dele deriva deixou de ser visada, fundamentalmente, como valor de uso e usufruto coletivo, passando a ter uma conotação de valor de troca, de mercadoria. Nas sociedades pré-capitalistas, sobre a finalidade do trabalho, Marx (1975, p. 77) diz que “o objetivo econômico é a produção de valores de uso, a reprodução dos indivíduos em determinadas relações com sua comunidade”. Em contrapartida, no capitalismo, o objetivo é produzir para vender, para acumular dinheiro, não para sobreviver: “a produção é o objetivo do homem, e a riqueza, o objetivo da produção” (MARX, 1975, p. 80).

Rompeu-se com o sentido de comunidade, que foi substituído pelo individualismo. Nestes termos, Rozitchner (1989) refere-se ao MCP como uma “expropriação do poder criador coletivo que tem como fundamento necessário a desestruturação e a desorganização da forma individual, como momento necessário na dispersão do coletivo” (ROZITCHNER, 1989, p. 64). No MCP os meios de produção se tornaram propriedade (privada) de poucos, então, aqueles que não os possuem são obrigados a vender sua força de trabalho, vez que não é mais possível sobreviver sem comprar.

A realização da mais-valia é necessária para se chegar à riqueza e não pode ocorrer fora das relações sociais aviltantes: não há mais-valia sem que haja trabalhadores sendo explorados. “No Modo Capitalista de Produção o excedente produzido, criado pela força de trabalho acima do necessário, já não é mais objeto da apropriação coletiva, mas apenas de um dos polos de interesses presentes no campo social e no processo de produção” (COSTA-ROSA, 2013b, p. 70). A concentração de renda e os índices de desigualdade social são consequências diretas do sistema de produção capitalista.

Os ideais socioculturais do capitalismo desencadearam o fetichismo da mercadoria, levando o sujeito à ilusão de que se ele se apropriar do objeto-mercadoria poderá dar sentido à sua vida. A concepção de felicidade está intrincada no consumo de mercadorias, ou em outros termos, *gadgets*, objetos que prometem a sensação de bem-estar. Dada a indissociabilidade entre a realidade psíquica e a realidade social, se nota nas figuras do Sintoma Social Dominante a homologia estrutural com o Discurso do Capitalista (LACAN, 1992).

O Discurso do Capitalista (DC) é definido por Lacan (1992) como uma forma discursiva de relacionamento social que inverte a relação do sujeito (\$) com o objeto (a): não há mediação simbólica, ao passo que o objeto é quem comanda o sujeito (MELMAN, 1992). No DC, o modo de gozo a nível subjetivo, o mais-gozar, sem limites, é homólogo ao agenciamento da produção a nível social, à realização da mais-valia: no primeiro, se tem como produto final a extração subjetiva, e, no segundo, a extração econômica.

O trabalhador-intercessor deve estar precavido dos des-enlaces intersubjetivos nas sociedades capitalistas, para compreender como as formas de sofrimento psíquico contemporâneas, estão alinhadas, indissociavelmente, à estrutura social e ao DC (COSTA-ROSA, 2013e), surgindo como denúncias dos “efeitos desastrosos do estilo consumista sobre o desejo e sobre os modos de gozar” (p. 108).

Os sintomas como formações do inconsciente obedecem a uma lógica referida à montagem pulsional do sujeito, à sua fantasia fundamental, e à escolha forçada que ele, quando *infans*, fez diante da angústia da castração, contudo, numa outra abordagem (que não se opõe a esta), apreendemos que os sintomas que desencadeiam o adoecimento são também respostas aos (d)efeitos do laço social, pois, as figuras do Sintoma Social Dominante estão referidas ao modo como o sujeito, quase-apagado, pode, ou não, (re)existir enquanto sujeito do inconsciente, devir-sentido (COSTA-ROSA, 2013f, p. 298).

A resposta singular do *infans* à castração, no processo primário de subjetivação, determina a estrutura clínica, que pode ser baseada na constituição por Recalcamento (*Verdrängung*), Renegação (*Verleugnung*) ou Foraclusão (*Verwerfung*) (PÉRICO, 2014). Esta leitura da psicanálise lacaniana, que diferencia as neuroses, as perversões e as psicoses, certamente, é indispensável para o manejo transferencial na clínica *strictu senso*, mas, acreditamos que os processos das formações dos sintomas devem ser analisados tomando o laço social e suas estruturas discursivas como referências imprescindíveis. Para Costa-Rosa (2013g, p. 294): “A ética da psicanálise concebe o sujeito em geral como produção de sentido para responder às injunções, críticas ou não, que o afetam na própria existência cotidiana; não

necessariamente, portanto, apenas nas condições ditas da psicose, da neurose ou da perversão”.

Considerações Finais

Relendo a teoria de Marx com a de Freud e Lacan, pela verossimilhança dos modos de produção da economia e da saúde, Costa-Rosa (2013a) denomina como subjetividadessaúde⁶ o resultado produtivo das práticas desenvolvidas nos estabelecimentos da RAPS, demarcando que a realidade psíquica é social e histórica, de modo que, na esfera da Saúde Coletiva, trata-se sempre de “uma subjetividade contextualizada social e culturalmente e de uma Formação Social subjetivada” (COSTA-ROSA, 2012, p. 19).

O referencial de ação do trabalhador na Atenção Psicossocial é a demanda integral territorializada, então, o produto do seu trabalho se expressa na modalidade de subjetividadessaúde por ele engendrada a partir de um discurso que reconhece ou ignora as pulsações da Demanda Social encarnadas nas demandas de tratamento em Saúde Mental. O efeito produtivo do trabalho na Atenção Psicossocial pode se aproximar da emancipação ou da regulação, que correspondem, respectivamente, à produção de subjetividadessaúde singularizada, pautada na implicação subjetiva e sociocultural e à produção de subjetividadessaúde capitalística serializada, pautada na alienação.

Neste ensaio, propomos uma retomada histórica para compreendermos como o homem foi reduzido a um corpo orgânico cuja subjetividade foi capitalizada, privatizada e, agora, só sobrevive enquanto homem-mercadoria. Há fatores de extrema importância para que seja possível compreender as transformações nos modos de subjetivação diante dos acontecimentos que se deram a partir do século XV, especialmente a consolidação do MCP como laço social.

Consideramos que quaisquer metodologias de trabalho fundadas na tecnociência capitalista visam à padronização, à normalização terapêutica (LACAN, 1999), logo, certamente, não serão capazes de produzir conhecimento-emancipação, tampouco serão capazes de produzir subjetividadessaúde avessa à alienação e à massificação do MCP.

É preciso, como sugere Santos (2007), reinventar o modo de produção do conhecimento científico e também reinventar o modo de produção das terapêuticas. Como

⁶ “Propomos que o termo saudessubjetividade indique ainda que, no âmbito da saúde psíquica, subjetividade e saúde são absolutamente homólogas” (COSTA-ROSA, 2013a, p. 23).

advertiu Fiochi (2015, p. 93): “o analista-pesquisador também deverá estar atento quanto aos laços sociais que colonizam ou governam os saberes, para que possa, a partir deles se posicionar em outras direções discursivas”.

Temos por dever ético, enquanto trabalhadores e militantes do SUS, problematizar a clínica que se destina ao sofrimento psíquico na Atenção Psicossocial. É preciso avançar na construção de uma ética que produza singularização, implicação subjetiva e sociocultural, por meio de terapêuticas cujos efeitos sejam efeitos-sujeito, que façam pulsar o sujeito do inconsciente e o ser social. É preciso avançar do terapêutico alienante (terapias da cognição e do comportamento) para o analítico singularizante, como sugerem Périco e Costa-Rosa (2015).

Para se ter efeitos-sujeito, ou seja, para se produzir subjetividade dessa saúde singularizada, é imprescindível que existam referenciais teórico-técnicos e ético-políticos não normalizadores, não disciplinares, portanto, que fizeram a superação dialética dos princípios sujeito-objeto, doença-cura e saber-poder. O trabalhador-intercessor, além de se enveredar por outros modos de produção de saber, fundamentados na ética da psicanálise (LACAN, 2008), ele se inclina, concomitantemente, para o Materialismo Histórico, para um outro modo de produção que não é o MCP, mas o trabalho cooperado, socializado (MARX, 1975; 2044).

Ao incluir na ciência a subjetividade do pesquisador e sua causa de desejo, há abertura para que se construa um outro tipo de conhecimento, não derivado do *cógit*o, mas, um conhecimento insólito, que não se aprende nas enciclopédias, mas que é produzido pelos próprios sujeitos em questão. Trata-se, sobremaneira, de uma superação dialética do MCP, pois, no DI, não há separação entre saber-fazer, não há divisão técnica do trabalho.

O trabalhador-intercessor, como intelectual orgânico (GRAMSCI, 1995; 2000), como agente das práticas (BAREMBLITT, 2002), é quem, verdadeiramente, pode imprimir movimentos contra hegemônicos no âmbito das universidades e dos estabelecimentos institucionais da Saúde. “Os trabalhadores são a parte da instituição através da qual ela pode tomar consciência de si mesma e para si” (COSTA-ROSA, 2013b, p. 61).

O DI como modo de produção de trabalho-pesquisa, produz conhecimento-emancipação, saber instituinte, fazer organizante, de potência revolucionária. O trabalhador-intercessor assente com a proposta da psicanálise, de tomar pelo avesso o discurso médico fazendo uma ciência singular, mas ele não é, a rigor, um psicanalista, apesar de não poder deixar de sê-lo.

Devemos considerar as práticas dos trabalhadores-intercessores numa perspectiva de exterioridade íntima em relação à psicanálise típica. Se Freud virou as terapêuticas autoritário-alienantes pelo avesso, para fundar a psicanálise do consultório particular e a formação de psicanalistas, quando se trata da clínica pública na Saúde Coletiva há de termos a produção de uma clínica coletiva e a formação de trabalhadores-intercessores refazendo o mesmo ato; “psicanalistas” de um novo tipo, se quisermos colocar nesses termos, que podem ser referidos como trabalhadores sociais atravessados pela causa analítica (PÉRICO, 2019, p. 1).

Referências Bibliográficas

AGÊNCIA CÂMARA NOTÍCIAS. **Professores e parlamentares criticam governo por "desmonte" da educação**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2019. Disponível em: <http://www.msnoticias.com.br/editorias/geral-ms-noticias/professores-e-parlamentares-criticam-governo-por-desmonte-da/92526/>. Acesso em 15 jan. 2020.

AGUIAR, V. V. **Reflexões e contribuições sobre a terapêutica da psicanálise lacaniana aos profissionais de saúde**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26092016-120133/pt-br.php>. Acesso em 15 jan. 2020.

ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

AMARANTE, P. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-65.

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995. 136p.

AMARANTE, P. O paradigma psiquiátrico. In: AMARANTE, P. (Org.) **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 39-63.

AMARANTE, P. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BACHUR, J. P. Individualismo, liberalismo e filosofia da história. **Lua Nova**, São Paulo, n. 66, p. 167-203, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250984258_Individualismo_liberalismo_e_filosofia_da_historia. Acesso em 20 mai. 2020.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teorias e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2002.

BENELLI, S. J. Problematizando a instituição pesquisa na universidade e nas práticas psicológicas: questões epistemológicas e éticas. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18, número especial, 2019, p. 88-120. Disponível em:

<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/download/1544/1354>. Acesso em 21 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009. 40 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 08 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: PNH**. Brasília: Ed. Premium, 2013. 16 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 14 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 15 mai. 2019.

BUENO, P. A. T. **Clínica ampliada: interlocuções entre a psicanálise e Atenção Psicossocial**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2016. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/19585/2/Paulo%20Alberto%20Teixeira%20Bueno.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2019.

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

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Editora Ática, 2004. Gabriel Noujaim, Marco Antonio Coutinho Jorge e Potiguar Mendes da Silveira Jr. São Paulo: Brasiliense, 1978.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do Discurso Médico**. Traduzido por Jorge Gabriel Noujaim, Marco Antonio Coutinho Jorge e Potiguar Mendes da Silveira Jr. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1978.

COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: novas contribuições. In: COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: UNESP, 2013e. p. 91-118.

COSTA-ROSA, A. A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade. In: COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: UNESP, 2013b. p. 55-90.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a**

uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013d.

COSTA-ROSA, A. Carta de fundação do Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e “Subjetividade da saúde” (LATIPPSS). **Revista de Psicologia da UNESP**. v. 18, número especial, p. 5-8, 2019a. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1540/1350>. Acesso em 09 jan. 2020.

COSTA-ROSA, A. Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. In: G. H DIONÍSIO, G. H.; BENELLI, S. J. (Orgs.). **Políticas públicas e clínica crítica**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 15-31.

COSTA-ROSA, A. Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 032, p. 743-757, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/18.pdf> >. Acesso em: 10 jun. 2013.

COSTA-ROSA, A. Modo Psicossocial um novo paradigma nos Tratamentos Psíquicos na Saúde Coletiva. **Revista Vertentes**, UNESP, Assis, v. 05, p.11-22, 1999.

COSTA-ROSA, A. Modos de Produção das instituições na Saúde Mental Coletiva: efeitos na terapêutica e na ética. Ou a subjetividade capitalística e a Outra. In: COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013a. p. 23-54.

COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo Freud-Lacan? **Revista de Psicologia da UNESP**. v. 18, número especial, p. 37-54, 2019b. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1542>. Acesso em 09 jan. 2020.

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

COSTA-ROSA, A. Para uma crítica da razão medicalizadora: o consumo de psicofármacos como Sintoma Social Dominante. In: COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013c. p. 167-212.

COSTA-ROSA, A. **Saúde Mental Comunitária**: análise dialética das práticas alternativas. 1987. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia, São Paulo, 1987.

COSTA-ROSA, A. Uma ética para a Atenção Psicossocial: o cuidado em análise. In: COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013f. p. 271-322.

ENRIQUEZ, E. Psicanálise e ciências sociais. **Ágora** (Rio de Janeiro), v. 8, n. 2, p. 153-174.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982005000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 jan. 2020.

FIOCHI, P. I. C. Q. A pesquisa em psicanálise: da intensão à extensão. In: **Fórum – Diálogos em Psicologia**, ano 2, n. 3., jul./dez. 2015, p. 71-93. Disponível em: <http://fio.edu.br/revistapsi/arquivos/ed3/07-%20Artigo5.pdf>. Acesso em 22 out. 2020.

FINK, B. **O sujeito lacaniano**: entre a linguagem e o gozo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

FINK, B. Ciência e psicanálise. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; FOANUS, M. (Orgs.). **Para ler o Seminário 11 de Lacan**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 69-79.

FREUD, S. A Julius Tander (1925). In: FREUD, S. **Correspondências de amor e outras cartas** (1873-1939). Tradução de Agenor Soares Santos. Edição de Ernst L. Freud. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982b. p. 414-415.

FREUD, S. Além do Princípio De Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos (1920-1922). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996f.

FREUD, S. As pulsões e seus destinos (1915). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.

FREUD, S. Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Parte III) (1915-1916). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996c.

FREUD, S. **Correspondências de amor e outras cartas** (1873-1939). Tradução de Agenor Soares Santos. Edição de Ernst L. Freud. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982a.

FREUD, S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental (1911). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

FREUD, S. O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996e.

FREUD, S. Totem e tabu (1913). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996d.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o Inconsciente**. 16. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 9ª Edição. Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Os intelectuais. O príncipe educativo. O jornalismo.

Tradução e edição de Carlos Nelson Coutinho. Co-edição de Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, v. 5, 1995, p. 07-41.

LACAN, J. **Estou falando com as paredes**: conversas na Capela de Sainte-Anne. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

LACAN, J. **O Seminário, livro 1**: Os escritos técnicos de Freud (1953-54). 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

LACAN, J. **O Seminário, livro 2**: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (1954-55). Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

LACAN, J. **O Seminário, livro 5**: As formações do inconsciente (1957-58). Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LACAN, J. **O Seminário, livro 7**: A ética da psicanálise (1959-60). 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LACAN, J. **O seminário, livro 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1998a.

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

LACAN, J. O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada: um novo sofisma. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998b. p. 197-213.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

LOURAU, R. **Análise Institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.

SIRELLI, N.M. **alienação e separação**: a lógica do significante e do objeto na constituição do sujeito. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de São João del-Rei - Departamento de Psicologia, São João del-Rei, 2014. 164p. Disponível em: <https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/mestradosicologia/2010/Dissertacoes/DissertacaoNilda.pdf>. Acesso em: 24 set. 2011.

MARTINS, H. Tecnologia, Modernidade e Política. **Lua Nova** – Revista de Cultura e Política, n. 40-41, p. 279-322, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451997000200013. Acesso em: 25 ago. 2016.

MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã** (Feuerbach). Tradução de José Carlos Bruni e

Marco Aurélio Nogueira. 4ªed. São Paulo, Hucitec, 1984.

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

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MARX, K. Para a crítica da economia política. In: MARX, K. **Os pensadores**. Tradução de José Carlos Bruni (et al). 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978, p.103-132.

MARX, K. **Sociedade e mudanças sociais**. Lisboa: Edições 70, 1974.

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

MENDES, E.V. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

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

NASIO, J.-D. **Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M.A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n. 492, v. 32, p. 492-499; Brasília, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012. Acesso em: 7 out. 2018.

PASSOS, E. Prefácio – O Plano Público das Práticas Psi. In: POLEJACK, L. et. al. **Psicologia e políticas públicas na Saúde**: experiências, reflexões, interfaces e desafios. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 15-20. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/psicologia-e-politicas-publicas-na-saude-experiencias-reflexoes-interfaces-e-desafios-pdf>. Aceso em 14 jan. 2020.

PÉRICO, W. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra**: A clínica do sujeito na Saúde Coletiva. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2014. 164p. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/134191>. Acesso em: 24 set. 2018.

PÉRICO, W.; COSTA-ROSA, A. Do Terapêutico Alienante ao Analítico Singularizante: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico à clínica da Atenção Psicossocial. **aSEPHallus** (Online), v. 10, N. 19, p. 16-42, 2015. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_19/pdf/do_terapeutico_alienante.pdf. Acesso em: 28 mar. 2019.

PÉRICO, W. Psicanálise, transdisciplinaridade e Atenção Psicossocial: a necessária formação de trabalhadores de Saúde Mental de um novo tipo. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18

(n. esp.), p. 121-140. 2019. Disponível em:
<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1545/1355>. Acesso em: 22 de jan. 2020.

PÉRICO, W. Trabalhadores-intercessores no campo da Atenção Psicossocial, ou outra versão do avesso do avesso da psicanálise. **Teoria e Pesquisa**, v. 35, e35438, p. 1-4, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v35/0102-3772-ptp-35-e35438.pdf>. Acesso em 15 jan. 2020.

PESSOA, A. B. B. **A política da psicanálise e o cuidado nas redes de atenção psicossocial: sujeito e laço social**. Dissertação (Mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise). Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Psicologia. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.pgpsa.uerj.br/wp-content/uploads/2019/03/Ana-Beatriz-Benevides-Pessoa.pdf>. Acesso em 15 jan. 2020.

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

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

QUINET, A. **A estranheza da psicanálise: a Escola de Lacan e seus analistas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

RINALDI, D. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: MELLO M.; ALTOÉ S. (Orgs.) **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2005. p. 87-106.

RINALDI, D. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 141-147.

RINALDI, D. L.; BURSZTYN, D. C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arq. Bras. Psicologia**, v. 60, n. 2, 2008. Disponível em:
 <<http://146.164.3.26/seer/lab19/ojs2/index.php/ojs2/article/viewArticle/243/182>>. Acesso em: 23 nov. 2012.

ROSA, R. M. Espaço público e modernidade – Quando a sociabilidade se constrói como projeto. e-metropolis: **Rev. Elet. de estudos urbanos e regionais**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 1, p. 34-49, 2010. Disponível em: <http://www.emetropolis.net/edicoes/n01_mai2010/e-metropolis_n01_artigo3.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2014.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 115-123, 2001. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000100010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 mar. 2019.

ROZITCNHNER, L. **Freud e o problema do poder**. São Paulo: Escuta, 1989.

SAFATLE, V. Lacan, revolução e liquidação da transferência: a destituição subjetiva como

protocolo de emancipação política. **Estud. av.**, São Paulo, v. 31, n. 91, p. 211-227, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142017000300211&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142017.3191016>.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente** – Contra o desperdício da experiência. 8ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, B. S. **Reinventar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo, 2007.

SÍVERES, L.; SANTOS, J. R. S. O conhecimento como princípio da colonialidade e da solidariedade. **Conjectura** – Filos. Educ., v. 18, n. 3, p. 124-137, 2013. Disponível em: http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/view/1928/pdf_176. Acesso em: 22 jul 2019.

SOLLER, C. O sujeito e o Outro II. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; FOANUS, M. (Orgs). **Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 58-67.

SOUZA, J. **A radiografia do Golpe**: Entenda como e por que você foi enganado. Rio de Janeiro: Leya, 2016.

VICTOR, R. M. **Da viabilidade da clínica psicanalítica no ambulatório público**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Florianópolis, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/92371/266542.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 jan 2020. 89p.

YASUI, S. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 1999.

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

ENSAIO 2

PARADIGMA DA PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: A TERRITORIALIDADE DO ADOECIMENTO E SEUS DETERMINANTES SOCIOECONÔMICOS-CULTURAIS⁷

Resumo: A política de Saúde é uma política social, que por estar inscrita no Modo Capitalista de Produção, repete a desigualdade e a exploração, então, as práticas sanitárias são reducionistas, voltadas à eliminação da doença tomada apenas no seu plano biológico, sem nenhuma crítica ao contexto sociocultural, no entanto, a prevalência de algumas doenças em determinadas comunidades se explica mormente pelo descaso do poder público com as populações marginalizadas e seus espaços de vida, de modo que é preciso uma análise minuciosa para percebermos que o adoecimento, para-além de um conjunto de sinais e sintomas psicobiológicos, são também efeitos da luta de classes. Pela crítica à Medicina Preventiva, a Reforma Sanitária introduziu uma compreensão de saúde que contempla a sua determinação social, incluindo o Território como peça-chave para o delineamento de ações que visam à sociabilidade da Saúde. Neste esteio, o Território é mais do que um espaço geográfico a ser atendido pela equipe da Atenção Básica, é um campo, que, necessariamente, engloba fatores econômicos, sociais, culturais e políticos. Deu -se um grande passo para o desenvolvimento de políticas públicas menos generalistas, citamos, especialmente, como um avanço importante, a proposição positiva da saúde, como algo que pode ser promovido e melhorado, e não apenas recuperado. O objetivo da territorialização é traçar estratégias alinhadas com o Paradigma da Produção Social da Saúde, portanto, contrárias ao preventivismo, cujo objetivo é desmentir as causas socioeconômicas do adoecimento, distribuindo ações curativas que transformam a saúde em mercadoria. Com efeito, o Território é o conceito-chave para a transição da lógica reducionista da saúde capitalizada para a lógica da complexidade, da intersectorialidade, compreendendo que a saúde é um bem social cuja produção depende da política.

Palavras-Chave: Reforma Sanitária; Paradigma da Produção Social da Saúde; Território; Atenção Básica; Intersectorialidade.

PARADIGM OF SOCIAL HEALTH PRODUCTION: THE TERRITORIALITY OF ILLNESS AND ITS CULTURAL SOCIOECONOMIC DETERMINANTS

Abstract: Health policy is a social policy that is in the Capitalist Mode of Production, therefore, it repeats the inequality and exploration, so the capitalist sanitary practices are reductionist, aimed at eliminating the disease, but only at its biological level, without any critical to the socio-cultural context. However, the prevalence of some diseases in certain communities is mainly explained by the neglect of the public power with marginalized populations and their living spaces, so that, a detailed analysis is necessary to realize that illness, more than psychobiological signs and symptoms, are also effects of the class struggle. From a critic of Preventivist Medicine, the Sanitary Reform introduced a health perspective

⁷ Parte deste ensaio foi publicada no artigo: SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; BENELLI, S. J. A Reforma Sanitária e o Paradigma da produção social da saúde: algumas considerações sobre a Atenção Básica e o Território. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 17, n. 2, p. 1-16, 2018. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1534/1348>. Acesso em 24 jan. 2020.

that contemplates its social determination, including the Territory as an essential part for planning actions that aim the sociability of health. Thus, the Territory is more than a geographic space to be served by the Basic Health Care, it is a field, which, necessarily, includes economic, social, cultural and political factors. A major step has been taken towards the development of less generalist public policies, essentially, we cite as an important advancement the positive proposition of health, as something that can be promoted and improved, not only recovered. The objective of territorialization is to outline strategies aligned with the Social Health Production Paradigm, therefore, contrary to Preventivism, that aims not to treat the socioeconomic causes of illness, but only to distribute curative actions, transforming the health into a merchandise. Indeed, the Territory is the key concept for the transition from the reductionist logic of capitalized health to the logic of complexity, of intersectoriality, understanding that health is a social good which production depends on policy.

Keywords: Sanitary Reform; Paradigm of Social Health Production; Territory; Basic Health Care; Intersectoriality.

É razoável uma ordem governativa que empurra as pessoas para as periferias das cidades, nega-lhes condições mínimas de habitação, de emprego, de saneamento, de educação, de transporte, e procura resolver suas “doenças” por meio de serviços médicos? (MENDES, 2006, p. 254).

Introdução

É preciso sublinhar que um paradigma sanitário, ou seja, a forma de se conceber teoricamente e de se tratar técnica, política e juridicamente as questões de saúde é erigido num determinado laço social, com um Modo de Produção específico. O Modo de Produção é definido pelo “conjunto das formas de produzir bens materiais diversos, como modo de ser de um processo produtivo; mas também como conceito teórico que abrange a totalidade social” (COSTA-ROSA, 2013, p. 24).

O Modo de Produção dos bens materiais diversos hegemônico é o Modo Capitalista de Produção (MCP). Tendo em mente a importância das relações econômicas como um agenciamento do laço social, grifamos a função da ideologia liberal para o delineamento das práticas sanitárias e socioassistenciais, de maneira que, para interpretação de uma realidade, é indispensável tomar o MCP como um analisador fundamental, dado que ele é a estrutura sobre a qual se erguem as formas de relacionamento subjetivo e social.

O MCP indica as formas como o processo saúde-adoecimento-Atenção é compreendido e direcionado, pois, engloba tanto a estrutura econômica quanto os níveis jurídico-político, ideológico e cultural da Formação Social (FIORAVANTE, 1978). O MCP defende os interesses do polo social dominante, logo, sua lógica visa manter, e ao mesmo tempo velar, as injustiças sociais, tais como a concentração de renda, que compõem o pano de fundo de tantas doenças (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017; SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014; COSTA-ROSA, 2013).

De acordo com Fleury e Ouverney (2008), a política de Saúde é uma política social, que por estar inscrita numa sociedade capitalista, reproduz a desigualdade e a exploração. As práticas sanitárias no capitalismo são voltadas à eliminação da doença tomada, quando muito e apenas, no seu plano biológico, portanto, não se propõem a realizar uma análise complexa do contexto sociocultural-econômico em que as pessoas adoecem.

É certo que o diagnóstico de uma doença, inicialmente, parte de um conhecimento universal e generalizável para todos, pois a fisiologia do corpo humano é basicamente pariforme em qualquer pessoa saudável, mas essa semelhança biológica dos corpos não é sinônimo de igualdade, ao contrário do que julga o positivismo, se assim fosse, todo o

tratamento poderia ser delineado pelo diagnóstico clínico, e, conseqüentemente, seria sempre bem-sucedido. Apesar desta pretensa resolutividade positivista, constata-se a insistência de doenças que não podem ser eliminadas definitivamente com prescrições biomédicas, sem que se leve em conta as singularidades do Território onde elas se manifestam.

Costa-Rosa (2013) destaca a importância de se compreender a “demanda integral territorializada” (p. 107) e pondera que para que as estratégias em Saúde não serem reducionistas, “Deve-se considerar a territorialidade das queixas [...], sem o quê é muito difícil planejar e executar ações condizentes com a diretriz da Integralidade, e capazes de responder ao menos com a eficácia que se pode esperar de uma estratégia de Atenção bem executada” (p. 107). Ademais, é preciso estar no Território, vivê-lo, considerando que um olhar de fora, de um pesquisador acadêmico que ali chega somente para estudar e que logo irá embora, não terá a mesma sensibilidade para apreender o não-dito, outrossim, não terá potencial transformador.

Vamos apresentar um exemplo que questiona de modo evidente a pretensão universalista do saber médico que não considera as singularidades do território e das populações. Podemos tomar o caso das doenças infecciosas intestinais que, desde a década de 1930 têm sido exitosamente prevenidas e tratadas na maioria dos municípios do Brasil, tanto que deixaram de ocupar lugar de destaque entre os principais problemas de saúde pública (FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011), contudo, diferentemente do panorama geral do país, as diarreias se destacaram entre as principais causas de mortalidade entre a população indígena entre os anos de 2001 e 2007, respondendo por 64,5% das mortes entre as mulheres e 64,7% entre os homens de uma tribo do Mato Grosso do Sul. Os pesquisadores acentuam que “Uma proporção de doenças infecciosas intestinais, semelhante à apresentada pela população indígena estudada, era observada no país antes da década de 1980” (FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011, p. 2335).

A partir da comparação destas estatísticas, comparação do universal com o particular, é indiscutível que as doenças não podem ser compreendidas sem que se analise também o contexto territorial em que elas ocorrem. Os índios são acometidos por doenças parasitárias porque seu estilo de vida não inclui o saneamento básico, isto é uma verdade, então, poderíamos pensar que se trata de um fator cultural, apenas, mas para não cometermos o erro de supor que as doenças se relacionam unicamente à cultura, daremos outro exemplo, para que fique claro que as doenças não têm como causa maior o modo de vida que uma comunidade escolhe adotar, e, que, embora seja necessário compreendê-lo, há aspectos

político-econômicos significativos a serem destacados quando nos indagamos por que uma área do município/estado/país tem mais acesso à saúde do que outras áreas.

Ao se falar em Território, de imediato, se pensa nos mapas dos lugares, no entanto, quando emprestamos da geografia o termo “território” para ser utilizado na Saúde Coletiva, não é para demarcar as fronteiras entre cidades, paisagens ou climas, mas para referirmo-nos, sobremaneira, a uma região ocupada por um certo grupo populacional, que ali imprime as particularidades do seu modo de vida. A concepção de Território que utilizamos ultrapassa o espaço geográfico e sua instância topográfica, necessariamente, engloba fatores econômicos, sociais, culturais e políticos (CNS, 1986). Milton Santos, subverteu a análise geográfica do espaço, sustentando uma análise social de posicionamento crítico ao sistema capitalista; diz ele: “A história não se escreve fora do espaço. O espaço, ele mesmo, é social” (SANTOS, 1982, p. 10).

Sem que seja feita uma análise que considere a multideterminação do processo saúde-doença-Atenção, ocorre uma certa naturalização da doença, que a retira da esfera sociocultural, que é a esfera política, ou melhor, político-econômica. A prevalência de algumas patologias se explica mormente pelo descaso do poder público com as áreas pobres, com as populações marginalizadas e seus espaços de vida, por isso, é fundamental saber quais as características do Território em questão. Quais as razões para que suas vulnerabilidades não sejam sanadas?

Luna (2009) faz uma consideração sobre o quadro de saúde dos brasileiros, incluídos na classe social que Souza (2009), denomina “ralé”, a autora cita os altos índices de tuberculose na favela da Rocinha, na cidade do Rio de Janeiro, uma doença que poderia ser perfeitamente sanada ou controlada, mas que, apesar de todo desenvolvimento médico e farmacêutico, continua matando a ralé: “Essas pessoas tornam-se presas fáceis [...]. A realidade é que elas não possuem os meios para evitar a contaminação ou não sabem como fazê-lo e, principalmente, são mal assistidas quando adoecem o que justifica a denominação de doenças da pobreza” (p. 313-314).

Em entrevista ao Fantástico, o coordenador da Campanha de Acesso a Medicamentos explica que essas doenças “são doenças da pobreza, literalmente. Então elas dependem de fatores como saneamento, boa alimentação ou acesso à informação”. São justamente doenças típicas de periferias das grandes cidades e também das regiões mais remotas do Brasil, atingindo grupos desfavorecidos material e culturalmente. Além disso, segundo o secretário nacional da Parceria Brasileira contra a Tuberculose, Carlos Basília, a maioria das drogas que combatem a tuberculose data das décadas de 1940 e 1950, não havendo depois dessa época o

desenvolvimento de grandes inovações medicamentosas contra a doença. O esclarecimento para esse fato nos é dado pelo epidemiologista Eduardo Costa, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz): “Não vale a pena investir em produzir medicamentos para esses grupos. Então, é uma doença que é negligenciada, e a grande indústria não se interessa em desenvolver produtos para ela” (LUNA, 2009, p. 313).

A tuberculose se espalha facilmente em áreas de aglomerações de pessoas, nas favelas e becos, onde as casas não têm circulação de luz e de ar (BETIM, 2015), porque não são construídas a partir de um planejamento com o mínimo de conforto ou de segurança ambiental, como se espera de um projeto arquitetônico, portanto, longe de ser um problema de epidemiologia, a tuberculose é um problema social, que expõe as mazelas do Brasil, quanto à perpetuação histórica das desigualdades sociais, afinal, por que existe favela? Por que o direito à moradia e à saúde não é assegurado a todos?

É preciso uma análise minuciosa para percebermos as diferenças entre a maneira como os problemas correlacionados à Saúde se apresentam enquanto sinais e sintomas de doenças, ou seja, suas representações fenomênicas, e o que eles significam, enquanto efeitos da luta de classes. A tuberculose, num paradigma sanitário reducionista, está resumida a um quadro parasitário infeccioso, mas sob a luz do Paradigma da Produção Social da Saúde (MENDES, 2006), remete a múltiplos fatores de um Território, especialmente, os fatores econômicos do adoecimento aos quais esse lugar está propenso.

O sol forte que ilumina o Rio de Janeiro não chega na casa de Maria Irenice Silva, moradora da favela da Rocinha de 30 anos. Ela vive com a pequena Maria Victoria, sua filha de dois anos, em um cubículo no chamado “beco dos malucos”, onde a sombra é permanente e a única iluminação vem das lâmpadas automáticas instaladas do lado de fora – inclusive ao meio-dia de um sábado de agosto. Sua casa é térrea, embaixo de várias outras, e fica no final da descida dessa estreita passagem. O forte cheiro de mofo, que cobriu todas as paredes ao longo dos anos, talvez décadas, se mistura com o da vala de esgoto que corre do lado de fora. O teto é baixo. A única janela, minúscula, está fechada com uma toalha para que os ratos não entrem à noite, e um antiquíssimo ar-condicionado Consul ligado permanentemente dá conta da ventilação. Mas o oxigênio mal entra no pulmão (BETIM, 2015).

Neste percurso, de conceituar as doenças para-além da visão biomédica, é importante termos o Território como o primeiro referencial de ação, pois, “Todo sofrimento carrega sempre uma função e um sentido inalienável de objeção ao contexto social, cultural e intersubjetivo no qual emerge e é produzido” (COSTA-ROSA, 2013, p. 108). Indubitavelmente, a territorialização não pode existir sem a intersetorialidade e a transdisciplinaridade, vez que especialidades profissionais e estabelecimentos institucionais

quando não trabalham integrados, certamente não são capazes de abarcar o individual sem excluir o social, e vice-versa.

Para alcançarmos a territorialidade das queixas, é necessário ampliar o que se entende por saúde e por doença, pois a territorialização exige um conjunto de saberes e de ações que efetivamente se contraponham às práticas sanitárias e socioassistenciais tradicionais e reducionistas do MCP, por ainda se inscreverem na Medicina Preventiva (AROUCA, 2003), no Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado (MENDES, 2006), antípoda do Paradigma da Produção Social da Saúde (MENDES, 2006). Deveras, nas práticas capitalistas, a produção social da Saúde não é um objetivo, já que não se pretende livrar os pobres de adoecerem; o objetivo é distribuir ações curativas, sob a forma de mercadorias que podem ser vendidas com lucro.

Parece ficar implícito na prática que o importante é apenas salvar a vida do paciente; o resto é adicional e mesmo desnecessário. Não interessam as demandas sociais e psicológicas, já que o paciente nada mais é que um corpo que médicos e enfermeiros são pagos para tratar. Temos com isso uma noção animalizada sobre a vida e a saúde, algo que os princípios do SUS combatem (LUNA, 2009, p. 317-318).

À vista disso, tendo em mente que as demandas em Saúde são muitas, e que sobrecarregam os estabelecimentos institucionais colocando-os, muitas vezes, numa situação de impotência e estagnação, pretendemos contribuir com a discussão sobre a territorialidade do adoecimento. Com efeito, partimos da superação dialética⁸ do termo “território” para o conceito “Território”, grafado com inicial maiúscula para designar um campo de práxis, levando às últimas consequências a tese de Costa-Rosa (2013) de que a realidade psíquica é também realidade social, histórica.

Os determinantes socioeconômicos-culturais são peças-chaves para uma melhor compreensão dos reveses da sociedade, dentre eles os problemas encaminhados à Saúde. Por conseguinte, visamos apresentar o Território, como um dispositivo caro à Saúde Coletiva, partindo da ideia de que é imprescindível considerar a “demanda integral territorializada” (COSTA-ROSA, 2013, p. 107), para que se construam novas práticas com vistas à produção social da saúde.

⁸ “O conceito de ‘superação dialética’ é sinônimo de ‘suprassunção’ (*Aufhebung*). Originado na filosofia hegeliana, é definido como o movimento dialético de transformação de algo que em parte é suprimido, e em parte é mantido *desde que* transformado” (PÉRICO, 2019, p. 123). Partindo dos ideais da Reforma Sanitária (CNS, 1986), Costa-Rosa (2013) dá um passo além, agregando as perspectivas da Psicanálise e do Materialismo Histórico para a compreensão crítica do território, como matriz de subjetivação, como componente fundamental dos processos de subjetivação.

Se desejamos produzir um outro tipo de Saúde, alinhada com os interesses do polo social subordinado, é condição mínima compreender o espaço social, a dinâmica das forças em disputa no Território, que se materializam nas interfaces do campo da Saúde e se expressam em doenças. Nosso objetivo neste Ensaio é retomar as propostas do Paradigma da Produção Social da Saúde (MENDES, 2006), as quais se pautam em estratégias abarcadas na territorialização, acrescentado as contribuições de Costa-Rosa (2013), para compreendermos qual é a relação dos determinantes socioeconômicos com a saúde.

O Paradigma da Produção Social da Saúde

A palavra saúde tem sua raiz etimológica no termo latim *salude* remete à ideia de integridade, de estar inteiro (REY, 1992), sendo que tal integridade, por muito tempo, esteve relacionada apenas ao aspecto físico e individual. Saúde era a ausência de doenças. “À medida que todos os esforços de investigação se concentravam na análise da doença, o conceito de saúde era negligenciado, ou, na melhor das hipóteses, era secundarizado” (BATISTELLA, 2007, p. 54).

Canguilhem (2009) sinaliza os prejuízos e limitações desse prisma mecanicista, por isso, limitado, que propaga a ilusão de uma linearidade/dualidade/causalidade impossível nas Ciências Humanas: “É compreensível que a medicina necessite de uma patologia objetiva, mas uma pesquisa que faz desaparecer seu objeto não é objetiva. (...) A clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos ou funções” (p. 33-34).

Apenas em meados dos anos de 1970 passou-se a considerar outras dimensões menos organicistas, articulando-se a saúde com as condições de vida. Nessa direção, foram incorporados a biologia humana + meio ambiente + estilo de vida + serviços de saúde, em interação, pois o paradigma emergente, denominado Paradigma da Produção Social da Saúde, ou Paradigma Biopsicossocial, explicitou que a saúde é efeito de um processo de produção social da vida em sociedade (MENDES, 2006). A concepção de saúde passou a incluir a dimensão subjetiva e a social, de modo que a Organização Mundial da Saúde (OMS), organismo sanitário da Organização das Nações Unidas (ONU), constituído em 1946, adotou a seguinte definição de saúde:

La salud es un estado de completo bien estar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados (OMS, 2006, p. 1)⁹.

No período em que emergiu o Paradigma da Produção Social da Saúde (MENDES, 2006), o Brasil vivia um momento de intensas mobilizações populares que lutavam pelo fim da ditadura militar, portanto, o contexto era favorável para os movimentos pautados num modelo de sociedade mais igualitária, solidária e aberta às mudanças culturais, de maneira que a Reforma Sanitária brasileira (PAIM, 2007) e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram erigidas no bojo mesmo do intenso processo de redemocratização.

Como bandeiras defendeu-se a não privatização da medicina; a unificação do SUS e sua descentralização; e a participação popular em todos os níveis e etapas da política de saúde, como uma forma de gestão compartilhada (PAIM, 2007). A retomada da democracia em 1985 foi seguida por dois eventos importantes, ambos realizados em 1986, o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986). Destaca-se trecho do Relatório Final da 8ª CNS:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população, em suas lutas cotidianas. A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CNS, 1986, p.1).

Simultaneamente, em 1986, aconteceu no Canadá a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, um marco mundial para as reformas que estavam em curso. Nesta conferência, foi assinada a Carta de Ottawa, na qual está escrito que “As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda – ecossistema estável – recursos sustentáveis – justiça social e equidade” (OMS, 1986, p. 1). Segundo este documento, a promoção da saúde, cujas aspirações ultrapassam o curativismo,

⁹ A carta de Constituição da OMS foi redigida num único exemplar, em língua chinesa, espanhola, francesa, inglesa e russa. A tradução para o português pode ser consultada no site da Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo utilizando-se o link: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.

envolvendo políticas sociais, deve ser colocada em primeiro plano, com fins de aumentar o índice de desenvolvimento social.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OMS, 1986, p. 1).

Na ocasião do I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, foram apontados alguns determinantes que compõem um paradigma sanitário, são eles: a forma de organização sanitária e das profissões, os conhecimentos científicos, as avaliações das doenças e dos direitos dos homens, a consciência popular e a integração entre saúde e sociedade (PAIM, 2007). Sobre a reforma paradigmática em questão, considerou-se que:

[...] não é apenas constituída de normas processuais, de decretos, de mudanças institucionais. Deve ser um processo de participação popular na promoção da saúde, que envolva milhões de cidadãos; deve impor mudanças sociais, ambientais e comportamentais que tornem a existência mais saudável; deve mobilizar dezenas de milhares de conselheiros de regiões, de província, de municípios, de circunscrições, de quadros dos movimentos sindicais, femininos, cooperativos, juvenis e milhares de assessores e de prefeitos; deve transformar a atividade cotidiana de médicos, técnicos e enfermeiros (BERLINGUER; TEIXEIRA; CAMPOS, 1988, apud FLEURY, 2015 p. 3557).

Por meio da crítica à Medicina Preventiva (AROUCA, 2003), base do Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado (MENDES, 2006), os movimentos da Reforma Sanitária (PAIM, 2007) introduziram uma perspectiva de saúde que contempla sua determinação socioeconômica-cultural, a territorialidade das queixas, bem como a diligência do processo saúde-adoecimento-Atenção. Deu-se um grande passo para o desenvolvimento de políticas públicas menos generalistas, essencialmente, citamos como um avanço importante a proposição positiva da saúde, como algo que pode ser promovido e melhorado, e não apenas recuperado, igualmente, merece ênfase o fato de que esta concepção ampliada de saúde a colocou no domínio da intersetorialidade (MENDES, 2006).

Para a construção do SUS, foram inestimáveis as contribuições de Giovani Berlinguer, médico sanitarista, cientista e militante político que articulou a medicina, a ciência e a política

de modo singular, e que foi referência e inspiração para os primeiros atores da Reforma Sanitária (PAIM, 2007) no Brasil. “Ao considerar a Reforma Sanitária como uma luta social, Berlinguer reafirma sua concepção ampliada na qual a transformação desejada envolve orientações culturais, institucionais, profissionais e administrativas de proteção à saúde” (FLEURY, 2015, p. 3556). Este autor foi cuidadoso ao considerar a multideterminação da saúde por diversos fatores subjetivos e socioculturais, os quais estão permanentemente entrecruzados, pois, embora a experiência de vivenciar o adoecimento seja absolutamente individual, as enfermidades exigem respostas coletivas em termos de prevenção e de tratamento.

La idea central es que la medicina y los servicios de salud constituyen sólo uno de los factores que tiene influencia sobre la salud de la población. En realidad, los factores principales se hallan en el amplio espectro de condiciones sociales y económicas en que vive la gente: la pobreza en sus diversas manifestaciones, las injusticias, el déficit de educación, la inseguridad en la nutrición, la marginalización social y la discriminación, la protección insuficiente de la infancia temprana, la discriminación contra la mujer, la vivienda insalubre, el deterioro urbano, la falta de agua potable, la violencia generalizada, las brechas y disparidad en los sistemas de seguro social. (BERLINGUER, 2007, p. 6).

A proposição da sociabilidade da saúde se contrapõe às dicotomias: doença e cura, natural e social, profilaxia e terapêutica e, exige, necessariamente, que o conceito de saúde seja revisto e ampliado, igualmente, que sejam ampliados os meios de trabalho no SUS, pensando em terapêuticas contextualizadas a cada território. Pereira, Barros e Augusto (2011) avaliam que a partir da Reforma Sanitária (CNS, 1986) ocorreram transformações significativas no conceito de saúde, na compreensão sobre o processo saúde-doença, na organização do sistema brasileiro de saúde e nas práticas profissionais.

Desde a promulgação da Constituição (BRASIL, 1988) a promoção de saúde tem se evidenciado como a prioridade programática do SUS (ao menos no discurso oficial), com ênfase na ação comunitária e retomando as proposições de que a prosperidade, a educação e a liberdade, e, fundamentalmente, a igualdade social, são determinantes para se construir uma cultura voltada para a saúde (MENDES, 2006), uma consciência sanitária coletiva.

A impossibilidade de transformar a vida em uma mercadoria e a saúde em uma condição reduzida à demanda assistencial, desconsiderando os determinantes sociais da produção e reprodução das classes, será sempre revolucionária, pois estabelece a contradição que permite a formação de sujeitos políticos, aprofundamento da sua consciência sanitária, e a ação coletiva organizada em defesa de sistemas universais e solidários de prevenção, regulação e atenção à saúde (FLEURY, 2015, p. 3558).

Em linhas gerais, de acordo com Mendes (2006) o Modo de Produção da saúde inclui três fatores: a concepção saúde-doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária, de modo que, como a resultante da combinação entre eles, tem-se a ordem governativa da saúde na cidade. Doravante, a concepção de saúde-doença pode ser negativa ou positiva; o paradigma sanitário pode ser o preventivista ou o da produção social da saúde; a prática sanitária pode ser de atenção médica ou de vigilância da saúde e a ordem governativa da saúde na cidade pode ser da gestão médica ou da gestão social.

Ao longo da história, no que se refere à concepção de saúde-doença, os modelos do pensamento clínico e do raciocínio causalista se constituíram como a principal abordagem, logo, no imaginário social, os serviços preventivos e curativos-reabilitadores ainda são as soluções conhecidas e, portanto, requisitadas. Mudanças culturais profundas não acontecem em um curto prazo de tempo, então, o redirecionamento da ordem governativa da saúde na cidade, na trajetória de concretizar o trabalho coletivo e intersetorial, pressupõe uma transição paradigmática necessariamente lenta.

A vigilância da saúde consiste em um modelo alternativo para o direcionamento das práticas do SUS, que pretendem intervir nos determinantes socioeconômicos e culturais do adoecimento, buscando reorganizar os processos de trabalho das equipes de saúde para confrontar os problemas de um Território desde suas raízes, delimitando as reais necessidades sociais da sua população (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Nesta perspectiva:

As ações básicas de saúde estão relacionadas com as demandas daquela população, de acordo com suas características socioculturais e econômicas. Trata-se de um outro conceito de saúde, que não se restringe à ausência de doença, pois tem como desafio a integração de toda a população no território e a atenção a essa população (MALFITANO; LOPES, 2003, p. 113)

Mendes (2006) conceitua o Paradigma da produção Social da Saúde, defendendo a vigilância da saúde como prática sanitária decorrente de uma resposta social organizada para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde. Destacam-se três grandes eixos de ação na produção da saúde: a promoção; a prevenção de enfermidades e de acidentes; e a atenção curativa. Diante de um problema de saúde, para se alcançar eficácia e eficiência sociais, é necessário combinar os três eixos de ação. Se a saúde e a doença são efeitos das relações sociais que se tecem num Território, “[...] a partir daí, desaparecem as razões para a artificial separação entre ações curativas e preventivas porque o ambiente social pode ter um papel curativo importante” (MENDES, 2006, p. 236).

Haja vista que um indivíduo saudável não é equivalente ao bom funcionamento do seu corpo físico, a saúde passou a ser deslocada do plano individual para o plano da intersectorialidade e da política. A positividade da saúde é evidenciada, de maneira que se busca promover uma atenção integral a todos os momentos do processo saúde-adoecimento-Atenção, valorizando os saberes não-médicos, visando um saber transdisciplinar e um fazer intersectorial.

A problemática central da Reforma Sanitária (CNS, 1986) foi a construção de um novo sistema de saúde que visasse transformações estruturais que, por sua vez, implicariam mudanças nos planos jurídico-político, ideológico e cognitivo-tecnológico (MENDES, 2006; PAIM, 2007). Pode-se falar na dimensão da política do SUS na medida em que as revoluções almejadas envolviam a participação dos atores sociais; em ideologia porque mudanças culturais quanto às concepções do que seja a saúde e de como ela é produzida também estiveram em pauta; e em aspectos cognitivos-tecnológicos, dada a exigência de novos meios de trabalho, conhecimentos e técnicas coerentes com o projeto da produção social da saúde.

A saúde, por sua vez, envolve muito mais que a possibilidade de viver em conformidade com o meio externo, implica a capacidade de instituir novas normas. [...]. As tentativas de definir objetivamente a saúde por meio de constantes funcionais e médias estatísticas produzem o apagamento do corpo subjetivo (BATISTELLA, 2007, p. 57).

A saúde reflete a qualidade de vida de uma população num Território, suas condições de existência, inclusive material, o que, por conseguinte, significa que a modalidade de saúde produzida dependerá, para-além do equilíbrio nos sistemas fisiológicos do corpo humano, dos níveis de acesso a bens e serviços econômicos (BRASIL, 1986; MENDES, 2006; PAIM, 2007), por isso na Constituição (BRASIL, 1988) está escrito que a garantia da saúde se faz com políticas econômicas e sociais.

A regulação do dinheiro no Território

“O território, portanto, não se restringe às fronteiras entre diferentes estados ou países, mas é caracterizado pela ideia de posse, domínio e poder, correspondendo ao espaço geográfico socializado, independentemente da extensão territorial” (COLUSSI; PEREIRA, 2016, p. 10). É preciso considerar que os componentes econômicos, sociais, culturais e políticos de um Território não são estanques, tanto que podemos falar em território-processo,

pois o território, dado o seu dinamismo, está em permanente (re)construção: o espaço geográfico socializado está sempre em mutação, pois, na medida em que o território vai se construindo, ele vai sendo modificado pela ação humana.

Sobre a ação humana no espaço e a produção da história concreta dos homens, Milton Santos (1999) faz importantes considerações sobre o vínculo entre o dinheiro e o Território, frisando que, decorrente da globalização da Economia de Mercado, instalou-se a ditadura do dinheiro. “As lógicas do dinheiro se impõem ao resto da vida social. Assim, o dinheiro cria sua lei e a impõe aos outros, forçando mimetismos, adaptações, rendições” (SANTOS, 1999, p. 11).

Basta refazermos mentalmente o mapa do dinheiro no Brasil e nele encontraremos um lugar onde há todas as modalidades possíveis de dinheiro (São Paulo), e outro onde a única modalidade de dinheiro possível é o dinheiro-moeda (um ponto isolado no estado mais pobre). Em outras palavras, o território também pode ser definido nas suas desigualdades a partir da idéia de que a existência do dinheiro no território não se dá da mesma forma (SANTOS, 1999, p. 10).

Monken e Barcellos (2007) chamam atenção para o fato de que “as transformações afetam a todos do lugar. Mas elas não são feitas por todos e para todos” (p. 179), em outras palavras, a ação dos homens no meio ambiente atende, sobretudo, a interesses políticos econômicos. Tomemos como exemplo o projeto da Usina de Belo Monte, no Pará, que desde sua idealização tem gerado polêmicas diante do alto custo financeiro, estimado em 26 milhões de reais, e também devido aos impactos ambientais e sociais ocasionados pela obra (FAINGUELERNT, 2013; FLEURY; ALMEIDA, 2013).

Para a construção da usina, foi necessário interferir no regime de escoamento do Rio Xingu e de rios secundários, conseqüentemente, terras que eram habitadas por comunidades ribeirinhas e índios foram desapropriadas devido à inundação. Ao todo, estimam-se 516 km² de área alagada, além do que, aproximadamente 100 km do trecho do rio poderão até secar por terem sua vazão reduzida; outra preocupação importante gira em torno da formação de pequenos lagos com água parada, que são fatores de risco para a prevalência de doenças como a Malária (PONTES, 2017).

A Norte Energia, concessionária responsável pela construção da Belo Monte, assumiu em 2011 o compromisso social pautado numa lista de obrigações, como a implantação de projetos para amenizar o impacto negativo da construção da usina para as tribos indígenas que viviam na Volta Grande do Xingu. Para saber como este compromisso estava sendo encarado,

o jornal Carta Capital entrevistou a população a fim de saber como os índios estavam vivenciando essas transformações, da entrevista destacamos a seguinte fala de Leiliane Jacinto Pereira Juruna, da Terra Indígena Paquicamba, do povo Juruna (PONTES, 2017):

A gente vive uma aflição. A nossa água é controlada por comportas. Criaram um hidrograma de consenso, mas ele não funciona para nós porque o nível da água muda muito rápido, a todo instante. [...]. Eles estão oferecendo que a gente crie peixe em tanques. Isso é muito constrangedor para nós [...]. Antes tínhamos total liberdade para pescar no rio o peixe que a gente queria. Agora não dá mais. E a nossa renda praticamente desapareceu.

Percebe-se na fala da índia que os fatores sociais são potencialmente geradores de sofrimento, pois, segundo seu relato a construção de Belo Monte é a responsável pela aflição e pelo constrangimento aos quais ela se sente exposta, também pela diminuição drástica dos meios de sobrevivência vindos da pesca. Estes fatores sociais são relevantes, porque seguramente provocam danos a nível psíquico individual e a nível comunitário. Rozitchner (1989) explica que no capitalismo a desestruturação e desorganização da forma individual é necessária para a dispersão do coletivo, para a expropriação do poder coletivo. Isto posto, entendemos que as mudanças no Território quando ocorrem sob domínio de um agente externo, colonizador, suscitam crises psíquicas e socioculturais.

O Materialismo Histórico (MARX, 2004) defende que as ações do homem na natureza, seu relacionamento com o Território são os elementos-chave do processo de humanização, que é o tornar-se homem, inserir-se na cultura como pertencente ao gênero humano, isto é, tornar-se um ser genérico. Para Marx (2004; 1975), nas Formações Simbólicas Pré-Capitalistas havia uma unidade natural entre o homem e a natureza “o homem está inserido no campo da natureza, onde encontra nela tudo o que lhe permite multiplicar-se, desenvolver-se e transformar-se em forma coletiva” (ROZITCHNER, 1989, p. 66).

As populações indígenas ainda têm ligações afetivas com os lugares e pessoas, porque não estão completamente submergidas no Modo Capitalista de Produção, ou seja, a terra para eles ainda não sofreu a completa cisão da mercadoria (ROZITCHNER, 1989), portanto, tem valor de uso e usufruto coletivo e não valor de troca, de Mercado. Por outro lado, nas Formações Capitalistas, o relacionamento do homem com a natureza não tem mediação simbólica, a terra é mais uma mercadoria que só vale como valor de troca.

A ditadura do dinheiro gira em torno de um poder. Esse poder que se preocupa com objetivos precisos, individualistas, egoísticos, pragmáticos é um poder cego, já que

não olha ao redor. Mas escolhe lugares aqui e ali, hoje e amanhã, em função das respostas que imaginam poder ter, e desertam esses lugares quando descobrem que já não podem oferecer tais respostas. [...]. Hoje, sob a influência do dinheiro, o conteúdo do território escapa a toda regulação interna (SANTOS, 1999, p. 11-12)

Os brasileiros têm sofridos com crimes ambientais irreparáveis, cujos custos em termos de danos sociais são impossíveis de se calcular; as consequências da ideologia capitalista, de que o dinheiro vale mais do que qualquer outro bem, e até mais do que a própria vida, são implacáveis. O Brasil, nos últimos cinco anos assistiu a três rompimentos de barragens em áreas de mineração, lamentavelmente, somos o país com o maior número de acidentes desse tipo. Em 2014 aconteceu o rompimento de uma barragem em Itabirito (MG), em 2015, em Mariana (MG), e em 2019 em Brumadinho (MG), esta última tem sido apontada pela ONU como a maior do mundo na categoria de rompimento de barragens.

Segundo a ONU, muitos desses acidentes poderiam ser evitados se as empresas optassem por sistemas mais seguros de armazenamento de rejeitos ou gastassem mais dinheiro para realizar uma manutenção eficaz das barragens, pois já existem protocolos de segurança e tecnologias alternativas suficientes para impedir acidentes com rejeitos minerais. Nesta lógica, a ONU é incisiva ao dizer que empresas de mineração não podem escolher os itens de segurança apenas pelos seus custos.

O relatório das Nações Unidas não deixa dúvidas e é conclusivo sobre o fato de que as empresas de mineração optam por procedimentos mais baratos, porém menos seguros. Por este ângulo, Milton Santos (1999) define o dinheiro como um tirano, despótico e cruel, sendo que esta descrição de tirania também se aplica às empresas multinacionais, cujos lucros são gerados às expensas das misérias humanas.

Em outras palavras, a presença das empresas globais no território é um fator de desorganização, de desagregação, já que elas impõem cegamente uma multidão de nexos que são do interesse próprio, enquanto ao resto do ambiente nexos que refletem as suas necessidades individualistas, particularistas. Por isso, o território brasileiro se tornou ingovernável. E como o território é o lugar de todos os homens, de todas as empresas e de todas as instituições, o país também se tornou ingovernável, como nação, como estado e como município (SANTOS, 1999, p. 12-13).

Sobre a regulação do dinheiro sobre o Território, ao retomar a história da urbanização e da constituição dos municípios, observa-se ligações íntimas entre o poder econômico e a divisão da terra. Sabe-se que as áreas ocupadas pelas famílias de melhor condição econômica, de maior poder aquisitivo, têm mais infraestrutura em termos de saneamento básico,

transporte, acesso a estabelecimentos comerciais, escolas, hospitais, índices baixos de criminalidade, etc. (MONKEN; BARCELLOS, 2007) e isto não pode passar despercebido.

O Brasil, pela sua cultura escravagista, a despeito dos programas sociais de transferência de renda implantados durante os quatorze anos de governo progressista do Partido dos Trabalhadores (2002 a 2016), continua apresentando desigualdades sociais alarmantes, com níveis de desenvolvimento regional, de concentração de renda e de desenvolvimento científico tecnológico industrial acentuadamente díspares.

As estatísticas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada nos anos de 2014 e 2015 e publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – no ano de 2016 denunciam que a desigualdade de renda depende de regiões, gêneros, cores e escolaridades. Dados da pesquisa revelam que 10% dos brasileiros com maiores rendimentos concentravam 43,4% de todas as fontes de renda recebidas no Brasil (IBGE, 2016). Apesar de mais da metade da população brasileira em idade de trabalhar ser composta por mulheres, os homens preencheram 57,5% do mercado de trabalho, sendo que as mulheres receberam, em média, R\$ 1.836,00, o equivalente a 22,9% menos do que os homens, que receberam R\$ 2.380,00 (IBGE, 2016).

Considerando as regiões, 64,4% do Produto Interno Bruto do Brasil (PIB) estava nas mãos de cinco estados (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná). Nota-se que nenhum estado da Região Norte ou da Região Nordeste figura entre os mais ricos, não por coincidência, na Região Norte, 78,8% da população é negra e na Região Nordeste, 73,6% (IBGE, 2016). O rendimento médio das pessoas brancas, de R\$ 2.810,00, foi em média 45% maior do que o rendimento das pessoas pretas, de R\$ 1.547,00, e das pessoas pardas, de R\$ 1.524,00. Confirma-se o fato de que a composição da população segundo a cor ou raça é diretamente proporcional ao índice de desenvolvimento econômico, ou seja, os negros moram nas regiões mais pobres (IBGE, 2016).

Os trabalhadores com ensino superior tiveram rendimento médio mensal de R\$ 5.189, quase o triplo do rendimento dos trabalhadores com ensino médio, R\$ 1.716,00, e cerca de seis vezes acima dos trabalhadores sem instrução, R\$ 884,00. Considerando o perfil das regiões pela educação, a Região Nordeste desde a primeira PNAD tem apresentado a maior taxa de analfabetismo, 16,2%, sendo que as menores taxas continuam sendo nas Regiões Sul, 4,1% e Sudeste, 4,3% (IBGE, 2016).

Outra estatística alarmante quanto às desigualdades sociais por região se expressa no saneamento básico, quanto à rede de esgoto. Enquanto na Região Sudeste 86,3% dos

domicílios possuem esgotamento sanitário, na Região Norte esse percentual é de só 15,5% (IBGE, 2015). Todos esses aspectos econômicos e sociais estão diretamente relacionados ao acesso ao SUS e à garantia do direito à saúde integral. Grifamos o seguinte trecho quanto à análise dos resultados da Pesquisa nacional de saúde realizada em 2013:

Os determinantes socioambientais e os estilos de vida são fatores que influenciam diretamente as condições de saúde da população. Assim, compreende-se que a saúde é resultado de uma diversidade de aspectos relacionados à qualidade de vida, incluindo padrões apropriados de alimentação, habitação e saneamento, bem como oportunidades de educação ao longo da vida, estilos de vida adotados, acesso à assistência à saúde, entre outros determinantes (IBGE, 2015, p. 24).

Batistella (2007) ao discutir os determinantes sociais da saúde, classifica como iniquidade a probabilidade cinco vezes maior de uma criança morrer antes de completar um ano de vida se seu local de nascimento for o Nordeste e não o Sudeste, ou a chance três vezes maior de uma criança morrer antes de completar cinco anos de idade a depender da escolaridade da sua mãe, se ela cursou quatro anos de estudo e não oito. As condições de um lugar são objetivas, mas, principalmente, sociais, por isso, as ações de Atenção à saúde precisam partir das especificidades dos contextos territoriais, somente assim, de fato, é possível interferir na produção social da saúde, no sentido de produzir mais saúde e menos doença. Nas palavras de Colussi e Pereira (2016, p. 41- 42):

Cada vez mais fica evidente que as questões relacionadas ao viver e ao morrer estão muito mais associadas à desigualdade social [...]. O paradoxo dessa realidade é ainda mais explícito quando observamos que de um lado temos um notável desenvolvimento técnico e científico nas ciências médicas e, do outro, sua incapacidade de solucionar problemas simples, como as mortes por diarreias infecciosas. O recurso/solução existe, mas não o acesso. Assim, a saúde transforma-se em mercadoria – uma questão de oferta e procura, juros, royalties, especulação etc. –, culminando em mortes prematuras, subnutrição, violência, surgimento de doenças e reaparecimento de doenças potencialmente controladas, como a tuberculose.

O eixo central do nosso pensamento é conceber que a participação da comunidade, de uma população específica, nos processos produtivos dos bens materiais diversos, sua inserção nos circuitos socioeconômicos (o quanto ela pode produzir e consumir), é resultante da luta de classes, portanto, a condição de saúde, o modo como uma população vivencia o processo saúde-adoecimento-Atenção, é resultante da luta de classes. Os ricos, em geral, excetuando-se as doenças hereditárias e congênitas, adoecem menos, e, quando doentes, curam-se mais rápido, são privilegiados em relação ao controle dos fatores de risco para muitas doenças,

visto que eles têm mais informação e educação quanto a hábitos saudáveis e também mais acesso a recursos básicos para se ter saúde, por exemplo, a alimentação saudável (LUNA, 22009).

Os pobres não podem escolher o que comer, muitas vezes, nem têm o que comer, quando doentes, os ricos podem comprar os melhores remédios e terapias, os pobres ficam à mercê do Estado, entregues ao caos da gestão dos poderes públicos. De acordo com Monken e Barcellos (2007), as desigualdades sociais constituem o ponto nevrálgico para pensarmos como se deu a apropriação de um espaço. “Para aqueles mais pobres, restam os lugares de piores condições para a urbanização, em geral distantes ou mal servidos. Este processo é denominado segregação espacial” (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p. 182).

Uma cidade é capaz de produzir o lugar dos ricos e o lugar dos pobres, das indústrias e do comércio, dos fluxos e circulação de mercadorias, bens e serviços e também produzir riscos diferenciados para cada indivíduo ou grupo social. Sua estrutura espacial é necessariamente heterogênea, resultado da permanente ação da sociedade sobre a natureza. Esse espaço produzido socialmente se configura como um território que exerce pressões econômicas e políticas sobre a sociedade, criando condições particulares para sua utilização por cada ator social (GONDIM et. al., 2007, p. 237).

Nota-se a contradição de que os mais pobres acabam gastando mais dinheiro com transporte e acabam tendo mais problemas de saúde pela falta de infraestrutura, com o agravante de que não encontram nos serviços públicos assistência integral. Ademais, a segregação não é apenas espacial, ela se expressa, sobretudo, nas relações sociais, acentuando os conflitos da luta de classes, pois cada grupo populacional vai lutar por melhorias no seu próprio espaço. Paradoxalmente, onde residem os pobres são as áreas que exigem mais investimento monetário, contudo, a população, além de não dispor de recursos financeiros, não está no cerne dos interesses políticos do Governo. Sabemos que a manutenção da pobreza é correlata à manutenção de tantas formas de domínio-subordinação, e, essencialmente, é correlata à manutenção do capitalismo (COIMBRA, 2001).

Territorialização em Saúde

Como a principal estratégia de intervenção quanto à produção e recuperação da saúde, destacamos a importância de uma leitura crítica da realidade, que esteja atenta para a territorialidade das queixas e para a representação social das necessidades sanitárias, ou seja, a

forma como uma população vive e expressa seus problemas de saúde. É inerente ao Paradigma da Produção Social da Saúde (MENDES, 2006) compreender a dimensão do Território em toda sua complexidade.

A identificação de problemas de saúde no território deve, consequentemente, suplantiar a listagem de agravos prevalentes e evidenciáveis, mediante notificações, para abordar e contemplar a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes. O ponto de partida desse processo é a territorialização do sistema de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território do município, segundo a lógica de relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde, o que implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, sócio-econômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 902).

No movimento de teorizar sobre a produção social da saúde referida à noção de cidades saudáveis, “algo na linha do pensar globalmente e agir localmente” (MENDES, 2006, p. 259), existe a proposição do distrito sanitário, ou território-distrito, como um conceito-chave da Atenção Básica (AB); são as unidades organizacionais mínimas do sistema de saúde. “O território-distrito vai corresponder a uma microrregião homogênea, em que se estabelecem claras relações de interdependência e em que há nítido sentido de pertença cultural” (MENDES, 2006, p. 266).

O distrito sanitário deveria ter uma base territorial definida geograficamente, com uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas da sua população. Desse modo, o distrito poderia coincidir com o território do município, ser parte dele ou, ainda, constituir-se como um consórcio de municípios. Nessa última modalidade, deveria ser escolhido, dentre os municípios consorciados, aquele com maior capacidade tecnológica e resolutiva para ser a sede do distrito sanitário. Teoricamente, o Distrito Sanitário deveria ser capaz de resolver todos os problemas e atender a todas as necessidades em saúde da população de seu território (COLUSSI; PEREIRA, 2016, p. 20).

A AB é fundamental para a direcionalidade das ações em Saúde, para a implementação dos pressupostos da Carta de Ottawa (OMS, 1986). Pensar uma cidade, ou melhor, um território, que seja um lugar de produção e promoção de saúde, entendida como qualidade de vida, isto é, planejar uma cidade saudável para todos os seus habitantes em todos os níveis, começa pelas ações comunitárias dirigidas às microrregiões, aos distritos sanitários, a fim de contemplar suas particularidades.

No relatório “30 anos de SUS – Que SUS para 2030?” (OPAS, 2018), elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, ressaltou-se a importância das práticas que primam a atenção primária como ponto estratégico da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no

intuito de viabilizar sistemas de vigilância em saúde eficientes. O enfoque na AB, isto é, nas ações de prevenção e promoção, não apenas de recuperação, não só oferece melhores resultados quanto ao prognóstico, como despende menores custos financeiros e melhora a qualidade do atendimento (OPAS, 2018) no sentido de poder contemplar a demanda integral territorializada (COSTA-ROSA, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006; 2012) incluiu um amplo espectro de cuidados em saúde, que vão desde a promoção (por exemplo, alimentação saudável) e prevenção (por exemplo, vacinação) até a recuperação (por exemplo, o monitoramento de doenças crônicas como a diabetes e a hipertensão). Os pontos de atenção da AB são as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias Saúde da Família (ESF), de acordo com a OPAS, as UBS e ESF podem atender de 80 a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo da sua vida.

A PNAB (BRASIL, 2006; 2012) visou à integralidade do cuidado, de modo que a atenção básica é responsável por acompanhar o sujeito em quaisquer problemas de saúde que ele possa ter. Ainda que algumas patologias sejam encaminhadas para tratamento em estabelecimentos especializados, é a ESF, prioritariamente, que articulará as ações desenvolvidas na RAS (BRASIL, 2006; 2012).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012, p. 19).

Colussi e Pereira (2016) iniciam a discussão sobre a territorialização como instrumento do planejamento local na AB com um questionamento indispensável: “Faz sentido a equipe de saúde considerar o território como mera delimitação de quem vai ser atendido neste ou naquele local, por esta ou aquela equipe?” (p. 13). Se cada Território tem as suas especificidades que esculpem seu próprio perfil demográfico, as estratégias psicossociais só poderão ser delineadas pelo conhecimento da comunidade atendida pelo estabelecimento institucional em questão.

Denominamos territorialização, em saúde, o processo de reconhecimento do território. Pode ser visto como uma prática, um modo de fazer, uma técnica que possibilita o reconhecimento do ambiente, das condições de vida e da situação de saúde da população de determinado território, assim como o acesso dessa população a ações e serviços de saúde, viabilizando o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas à realidade cotidiana das pessoas (COLUSSI; PEREIRA, 2016. p. 29).

O Território é a pedra angular que sustenta todos os níveis das atividades humanas (econômicas, sociais, culturais, jurídicas, políticas etc.) numa comunidade, para Barcellos (2000) “Os lugares e seus diversos contextos sociais, dentro de uma cidade ou região, são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças” (p. 27). Godim (2011) realça que a territorialização em Saúde é “Um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde” (p. 199).

A territorialização é uma ferramenta da Reforma Sanitária (PAIM, 2007; MENDES, 2006; CNS, 1986) que propõe um modo de produção de conhecimento subversivo com relação à ciência cartesiana, à fragmentação da visão de homem e de sociedade da Medicina Preventiva (AROUCA, 2003). “A atenção voltada para a produção social da saúde das populações gera a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorre a reprodução dos grupos sociais no espaço e a produção da saúde e da doença” (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 900).

A PNAB (2006; 2012) se desenha a partir da sua inserção num Território, incluindo informações sobre as múltiplas condições de vida das comunidades, se dispõe a ir além do conhecimento científico hegemônico, reducionista, visando reorientar os saberes e práticas (BRASIL, 2006; 2012; CECCIM, 2005), para torná-los mais ampliados e mais compartilhados. “Vê-se, portanto, que a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outras setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-doença”. (BRASIL, 2006a, p. 18).

A proposta central da Reforma Sanitária (PAIM, 2007; MENDES, 2006; BRASIL, 1986) se materializa na AB. O Paradigma da Produção Social da Saúde preconiza que os trabalhadores do SUS devem se inserir no Território, no cotidiano das pessoas, para compreender seus modos de viver, sofrer, adoecer e morrer, para que, a partir destas compreensões, organizem a assistência em Saúde.

[...] o fluxo de atendimento é distribuído, de acordo com as necessidades levantadas, aos serviços de referência de cada nível de atenção, sendo a porta de entrada geralmente a Atenção Básica, responsável não somente por receber as demandas iniciais, mas também por acompanhar e levantar quaisquer necessidades territoriais por meio da Estratégia Saúde da Família (CAYRES et al., 2015, p. 21).

É preciso considerar que muitas queixas que chegam aos estabelecimentos institucionais da Saúde não se encaixam no Discurso Médico (CLAVREUL, 1978), são sintomas difusos, migratórios, de causa psíquica, que demandam atenção especializada. As equipes precisam saber fazer o direcionamento adequado dessas demandas, neste sentido, o Ministério da Saúde levantou como prioridade programática a implementação e a qualificação da AB como porta de entrada do SUS:

Destacar, no atendimento cotidiano da demanda, as pessoas que merecem atenção especial - atenção a ser definida a partir do risco/vulnerabilidade, e não por ordem de chegada; Qualificar a atenção a partir de um projeto terapêutico para cada situação: marcar retornos periódicos, agendar visita domiciliar, solicitar apoio de outros profissionais, combinar atendimento em grupo ou outras práticas que potencializem o cuidado; Identificar pessoas em situação de transtorno ou adoecimento em função de discriminação de gênero, orientação/identidade sexual, cor/etnia ou estigma de certas patologias; Considerar especificidades das populações quilombolas, indígenas, assentadas, ribeirinhas, povos da floresta e presidiários, dentre outras; Garantir o cuidado aos grupos de pessoas com maior vulnerabilidade em função de agravo ou condição de vida para os quais já existem programas estruturados (pré-natal, imunização, hipertensão e diabetes, hanseníase, tuberculose, etc.); Trabalhar em articulação com outros níveis de atenção/ especialidades, policlínicas, hospitais, maternidades, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), urgências, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), apoio diagnóstico, fortalecendo a rede de saúde local; Estabelecer parcerias também com outros setores, como escolas, creches, universidades, centros de assistência social e outras instituições/equipamentos sociais da região e organizações do movimento social/comunitário; Estimular e possibilitar que a equipe conheça, discuta e avalie os diversos relatórios com os dados produzidos, periodicamente, para que estes gerem informação útil no sentido de apoiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação e compartilhá-los com a população (BRASIL, 2009, p. 17-18).

Embora se possa pensar que a Atenção Básica é caracterizada por ações simples, porque não se dispõe de maiores tecnologias hospitalares, a diversidade de situações e demandas de um distrito-sanitário (nomeado micro área pela Equipe Saúde da Família), exige, necessariamente, a articulação com outros setores, por exemplo, Educação, Assistência Social, Segurança, etc., isto é, exige ações complexas. “Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário” (BRASIL, 2006, p. 18).

Os estabelecimentos institucionais do SUS devem se pautar na territorialização como dispositivo central para avaliar o distrito-sanitário e traçar planejamentos que considerem a demanda integral territorializada (COSTA-ROSA, 2013), especialmente, que observem as “áreas de risco”. Alguns exemplos de características de uma área de risco são: deficiência no tratamento da água e do esgoto, coleta de lixo deficitária, etc.; poluição ambiental; índices de violência; tráfico e consumo de drogas; desemprego; analfabetismo.

Não obstante à maior chance de adoecer, quando os moradores das áreas de risco adoecem, sofrem mais comorbidades, complicações secundárias à doença principal (COLUSSI; PEREIRA, 2016), o que também se relaciona com suas possibilidades de acesso à saúde, em termos culturais e financeiros. Normalmente, o poder público municipal, estadual e federal tem fortes implicações nessas realidades, por ação, omissão, descaso, negligência e imperícia.

Albuquerque (2001), ao defender a territorialização como estratégia da AB, diz que “Hábitos e comportamentos considerados como fatores causais ou protetores para essas doenças ou eventos, tais como fumo, alimentação, agentes tóxicos, uso de preservativos, etc., parecem circular de forma diferenciada em grupos populacionais” (p. 613). Existem fatores para o adoecimento relacionados à infraestrutura do lugar e às condições socioeconômicas dos moradores e seus modos de vida (COLUSSI; PEREIRA, 2016), portanto, reconhecer as “áreas de risco” é indispensável.

A ênfase da atuação dos profissionais de saúde da Atenção Básica tem sido dada aos chamados fatores de risco comportamentais, como tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física, estresse, sobrepeso/ obesidade e consumo de álcool. Ao classificar esses riscos como comportamentais, não podemos ter uma visão reducionista, de que basta o indivíduo querer modificar seus hábitos para diminuir as chances de adoecer. Os fatores comportamentais não estão desvinculados de fatores socioeconômicos, culturais, entre outros (COLUSSI; PEREIRA, 2016, p. 16).

Se no Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado (MENDES, 2006) a saúde é entendida como homeostase dos sistemas fisiológicos – ausência de doença, logo, o conhecimento do “doutor” é um tanto persecutório e o profissional só poderá encontrar na fala do sujeito objetificado aquilo que procurava de antemão, sinais e sintomas que possam servir para encaixá-lo num diagnóstico reducionista. O reducionismo faz com que, ao interpretar os fenômenos saúde e doença, os profissionais técnicos privilegiem os determinantes biológicos em detrimento dos determinantes sociais (ROZEMBERG; MINAYO, 2001).

No SUS existem profissionais de saúde de viés tecnicista que não conhecem a comunidade com que trabalham, sequer se importam com a história de vida dos sujeitos; estão atuando num estabelecimento público ancorado nos preceitos do SUS – Humanização, Acolhimento, Clínica Ampliada e Compartilhada, etc. – (BRASIL, 2009; 2010; 2013), mas, por despreparo ou mesmo cinismo (YASUI; COSTA-ROSA, 2008), não levam em conta os determinantes socioeconômicos-culturais da saúde.

Frequentemente, por ignorarem os determinantes socioeconômicos-culturais da saúde, os profissionais tecnicistas costumam supor que os sujeitos têm culpa por suas moléstias, como se alguém pudesse deliberadamente escolher entre estar saudável ou adoecer, ou, ainda, como se residir numa área vulnerável e ser pobre fossem consequências de escolhas individuais.

Segundo Castiel, Guilam e Ferreira (2010), a ideia de um estilo de vida ativa e saudável é extremamente normatizadora, relacionada à crença de que você tem escolhas como cidadão consumidor, presumidamente autônomo. Na realidade, a maioria da população não tem escolhas. Essa concepção de que as pessoas podem cuidar da sua própria vida acarreta, ainda, a responsabilização e culpabilização da vítima (COLUSSI; PEREIRA, 2016. p. 14).

Zambenedetti e Zarpelon (2019) realizaram entrevistas com profissionais de ESF, médicos formados em Cuba e médicos formados no Brasil, buscando compreender as diferentes perspectivas acerca da saúde dos profissionais graduados em Cuba, inseridos no Programa Mais Médicos¹⁰ (BRASIL, 2013), estratégia adotada pelo governo Dilma para expandir a PNAB (BRASIL, 2012). Nas discussões, os autores concluem que a lógica da territorialização, presente desde a graduação, faz com que os médicos formados em Cuba tenham uma concepção de tratamento mais ampla (ZAMBENEDETTI; ZARPELON, 2019), mais alinhado às referências teóricas, técnicas, éticas e políticas do Paradigma da Produção Social da Saúde (MENDES, 2006).

¹⁰ O Programa Mais Médicos, referenciado pela Lei 12.871 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013), foi criado para expandir a cobertura populacional da Atenção Básica no Brasil e para qualificar a formação médica: “O objetivo principal é humanizar o atendimento médico, fazendo com que esses profissionais atuem diretamente nas comunidades, criando vínculos com os sujeitos que são atendidos” (ZAMBENEDETTI; ZARPELON, 2019, p. 14). O Programa também visa à reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e a promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

A formação em medicina no Brasil é influenciada por um modelo curativista, focado na doença e não no sujeito, sob influência do modelo flexneriano. Existente desde 1910, mas implantada e reformulada no Brasil em 1968, no contexto da ditadura militar, esse modelo tem enfoque cientificista e pouco humanista, isto é, não contempla a subjetividade e é direcionado ao enfoque hospitalocêntrico (Neves, Neves & Bitencourt, 2005). [...]. Já em Cuba, segundo Estrada (1999), a formação médica tem como eixos éticos na medicina a solidariedade e o humanismo, expostos tanto em suas formações como também nos hábitos, costumes e tradições culturais do país. Desde o início da formação os estudantes têm contato com a comunidade, trabalhando e conhecendo a realidade de cada lugar, o que foi ressaltado nas entrevistas com os médicos cubanos [...]. Desse modo, a proximidade com o território possibilita uma ampliação daquilo que Ceccim e Feuerwerker (2004) denominam de fator de exposição a novas aprendizagem, em conexão com os territórios de vida e a produção de sentidos em torno dos processos de saúde e adoecimento (ZAMBENEDETTI; ZARPELON, 2019, p. 21-22).

As equipes da AB merecem atenção especial, pois, a transição paradigmática, do reducionismo para a complexidade, depende das tecnologias relacionais, pois, são trabalhadores que operam e dão vida às políticas públicas. A necessidade de cuidados com a qualificação dos profissionais da AB tem sido amplamente discutida, Lauer (2018) destaca que os trabalhadores da AB são os atores principais para a transformação do modelo de gestão e de cuidado no SUS, reiterando o quanto é importante investir na formação teórica-técnica das equipes e no apoio matricial.

Dar conta dessa complexidade só com a formação acadêmica (ou não acadêmica), apenas com o que as/os trabalhadoras/es trazem da sua formação, como conhecimento específico, é, no mínimo, insuficiente. A/O profissional de saúde precisa dar conta de compreender muitas questões que são construídas historicamente, muitas questões da relação do sujeito com a cultura, com a produção de saúde/doença naquele território (LAUER, 2018, p. 43).

Nesta direção, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008) foi um componente importante e indispensável para melhoria da AB, como defendem Lima, Oliveira e Lima (2019), Lauer (2018), Salgado, Pena e Caldeira (2014), Moura e Luzio (2014), Prates e colaboradores (2013) e Oliveira (2011). A Equipe do NASF oferece matriciamento às equipes da AB, apoio fundamental para a construção coletiva do trabalho em rede para a ampliação da clínica (BRASIL, 2013).

Recentemente, a AB vem sendo desmontada, por exemplo, o NASF ficou a cargo da administração municipal, que sem os subsídios federais não consegue manter o programa, isto é, os NASF têm sido progressivamente desativados. Igualmente, o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013) foi de grande contribuição para a PNAB, porque, de fato, as populações desfavorecidas em termos de acesso à saúde foram beneficiadas (ZAMBENEDETTI; ZARPELON, 2019), no entanto, a Lei nº 13.958/2019 (BRASIL 2019a) sancionada por Jair

Bolsonaro em dezembro de 2019, prevê a extinção gradual do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013).

No Brasil, apesar dos movimentos da Reforma Sanitária (PAIM, 2007; MENDES, 2006; CNS, 1986) e dos princípios doutrinários do SUS (BRASIL, 1988), a medicina ainda é tida como prática liberal, mercadológica, com valor de troca, nos circuitos de produção do capitalismo. “Enquanto em Cuba existe uma condição de expressão da saúde como valor de uso, no Brasil emerge um sistema híbrido, com a coexistência das duas lógicas, impactando na fragmentação da atenção e na possibilidade de capitalização do sofrimento do outro” (ZAMBENEDETTI; ZARPELON, 2019, p. 24).

Diante disso, reafirmamos que é necessário considerar os efeitos da ideologia capitalista nas práticas em Saúde, de maneira que, a nosso ver, o diferencial entre a medicina cubana e a medicina brasileira é que, em Cuba, o exercício da medicina sempre foi uma prática voltada para o social, com valor de uso e usufruto coletivo. Sobremaneira, é necessário considerar os efeitos desastrosos que a ideologia do estado mínimo, defendida pelas correntes políticas de extrema direita, vem causando no SUS.

Intersetorialidade para uma saúde socializada

É profícuo para pensarmos a produção social da saúde, com potencial de promover mudanças subjetivas e socioculturais, que as noções de risco social e de situação de vulnerabilidade sejam problematizadas. Benelli (2016) alerta que esses termos, desde as últimas décadas do século XX, têm sido profusamente utilizados nas políticas públicas e pelos trabalhadores do campo da Saúde e da Assistência Social, conquanto, o uso indiscriminado, quer seja, sem uma análise crítica do que seria o risco e a vulnerabilidade pessoal e social, faz germinar a “naturalização pseudossociologizante da desigualdade social” (BENELLI, 2016, p. 741).

A pergunta impertinente é a seguinte: quem cria essas situações pessoais e sociais de risco ou as situações de vulnerabilidade social? Certamente, elas são efeito do modo de funcionamento do sistema capitalista e da sua lógica de acumulação. Nesse sentido, pode-se considerar que são também muitos os chefes do poder executivo, vereadores, secretários municipais, ricos empresários, entre inúmeros outros que, por meio de ações, omissões, negligência, descaso, violência, corrupção e ganância, lesam os direitos de cidadania dos munícipes (BENELLI, 2016, p. 741).

Destacamos que há muitos fatores de risco e muitas vulnerabilidades que não podem ser gerenciados pelos estabelecimentos institucionais da Saúde; isto é, fatores de risco para o adoecimento que estão fora da alçada da Saúde, sobre os quais não se têm governabilidade, a não ser política, claro; são situações referidas muito mais à organização e à gestão da cidade, do estado ou do país. Batistella (2007) é categórico:

Ora, ao descontextualizar os fenômenos de saúde e doença do desenvolvimento histórico e cultural da sociedade, isenta-se o poder público e culpabiliza-se a vítima. Entre outras consequências, essa concepção tem sustentado a tese do focalismo em saúde que, diante de um cenário de recursos limitados, preconiza a definição de prioridades para a oferta de serviços de saúde, em detrimento da oferta universal, defendida como direito inalienável do cidadão e dever do Estado (p. 60).

Somente uma análise minuciosa do Território, levando em conta a multideterminação do adoecer e do curar-se, pode propiciar à equipe de saúde discussões mais frutíferas e assertivas para manejar os casos, podendo, efetivamente, interferir para modificar os determinantes sociais do processo saúde-adoecimento-atenção. Isso poderia ser feito por meio de ações articuladas com outros setores e outros atores sociais, que, em geral, não são incluídos nessas discussões, embora sejam figuras públicas importantíssimas, tais como os vereadores, o prefeito, entre outros.

Quando o enfoque recai sobre os fatores de riscos para o adoecimento numa comunidade é fundamental que os moradores sejam escutados e participem ativamente para elencar e avaliar esses fatores de riscos, pois a percepção dos habitantes e da equipe de saúde pode ser divergente, especialmente se a equipe de saúde não tem com a população atendida na ESF uma ligação subjetiva, apenas o vínculo trabalhista.

Uma comunidade possui fatores culturais que lhe são particulares, por exemplo, a equipe de saúde pode avaliar como um fator de risco para a saúde, a gravidez na adolescência, mas os moradores poderiam discordar, por considerarem normal engravidar antes da idade adulta. É imprescindível avaliar de qual classe social se trata, pois, por óbvio, os ideais, aspirações, projetos de vida, são diferentes a depender do nível econômico. Nesta direção, são fundamentais as discussões de Souza (2009) em seu livro “A Ralé Brasileira: quem é e como vive”, sobremaneira, os apontamentos trazidos no capítulo 13: “Fazer viver e deixar morrer: a má-fé da Saúde Pública no Brasil” (LUNA, 2009).

Luna (2009) conclui que, as políticas públicas em Saúde, por não considerarem a especificidade das populações a que se destinam, não são eficientes. A pesquisadora chama

atenção também para outras dimensões dos problemas enfrentados pela ralé quando recorre aos estabelecimentos institucionais da Saúde, além dos problemas estruturais, é a desvalorização moral, social e política dos pobres. “A falta de reconhecimento de sua cidadania que está implícita no tratamento desigual recebido pelas pessoas de outras classes” (p. 312).

Assim, o efeito das políticas públicas que se aplicam no Brasil, por não tomarem como princípio a existência da ralé enquanto classe, implicando com isso uma maior eficiência quanto à apreciação de suas necessidades singulares [...] é o de não contemplarem suficientemente tais demandas, o que implica negligência e manutenção de grandes contingentes populacionais apartados dos cuidados em saúde e, assim, de uma boa qualidade de vida. O efeito perverso de tal deficiência significa em muitos casos a própria morte (LUNA, 2009, p. 314-315).

A saúde, que consideramos homóloga à cidadania, não pode ser produzida apenas por meio de práticas médicas e terapêuticas, mas requer iniciativas nos setores da Educação, da Cultura, da Assistência Social, entre outros. É preciso observar que a ordem governativa da cidade não pode ser segmentar, isto é, todas as áreas do domínio público (e do domínio privado, visto que há estabelecimentos institucionais geridos por filantropos, etc.) devem estar conectadas e articuladas em rede. Consequentemente, a gestão, mesmo que se organize por setores (Secretaria da Educação, Secretaria da Saúde, etc.), não pode ter uma ordem governamental tecnocrática (MENDES, 2006), porque sem o trabalho coletivo intersetorial não é possível superar os desafios de uma realidade que é multideterminada e processual, nos limites da complexidade.

Esse pensamento referenciado pela complexidade interfere radicalmente na compreensão dos processos de produção de saúde, visto que busca transcender a formatação fragmentária dos estabelecimentos institucionais regidos pelo Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado (MENDES, 2006), quando se organizavam em torno da fisiologia das doenças (hospital do rim, do coração, dos olhos, etc.), das categorias profissionais (médica, psicológica, socioassistenciais, etc.) ou das especificações das atividades sanitárias (vigilância epidemiológica, zoonoses, ...).

Para superar a fragmentação, o SUS propõe as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado em um determinado território” (SÃO PAULO, 2012, p. 2). É preciso considerar que além da articulação das RRAS, o aparato

governamental e os estabelecimentos institucionais precisam manter campos de encontros e diálogos, superar a divisão técnica do trabalho, metonímia da especialização, para composição de ações conjuntas.

Segundo Mendes (2006), a ordem governativa segmentar, “ao fixar uma análise nos limites de governabilidade de um setor, impede a transposição da visibilidade fenomênica do problema, dificultando o desenvolvimento de uma consciência sanitária” (MENDES, 2006, p. 255). A intersectorialidade incluída na territorialização exige novos saberes, além do conhecimento médico; as disciplinas, tais como os setores do poder público, devem se complementar e trabalhar em conjunto (interdisciplinar e intersectorial), numa relação indissociável (biopsicossocial).

Levada às últimas consequências, a intersectorialidade exige a transdisciplinaridade, pois, o campo da Saúde Coletiva tal qual o compreendemos, partindo de uma análise que inclui o individual e o social em relações indissociáveis, só pode ser transdisciplinar (COSTA-ROSA, 1999, 2000, 2012, 2013). Pela superação do Preventivismo (AROUCA, 2003), em que a atenção à saúde é sinônimo de assistência técnica/medicamentosa/hospitalar, no Paradigma da Produção Social da Saúde, a unidade do fazer será priorizada seguindo alógica da territorialização, portanto, se refuta qualquer visão fragmentada de homem e de saúde, consequentemente, se busca uma visão não fragmentada da sociedade, a não divisão técnica (disciplinar) do trabalho. De acordo com Costa-Rosa (2013, p. 132-133):

Ao separar os vários ramos do saber, o espírito da especialização reflete e reproduz a divisão do trabalho do Modo Capitalista de Produção. A ciência das especialidades erigidas em disciplinas, como desdobramento da fragmentação do processo de trabalho na ciência, reflete uma dupla falácia: por um lado, escamoteia-se a verdade de que em tal sociedade são os excluídos do saber e do poder – o trabalho técnico executor – a condição de toda descoberta científica (trabalho intelectual; por outro lado, através da fragmentação na base da qual opera, nunca poderá atingir mais do que um saber de superfície.

Para que a territorialização funcione como disparador de um novo paradigma sanitário (transdisciplinar por essência), com vias a construir uma cidade saudável, há que se abordar, necessariamente, a questão da gestão social da polis, pois, saúde não se faz sem política. A política é promotora de saúde ou de doença (LUNA, 2009; FLEURY; OUVÉNEY, 2008), portanto, ela é a chave para fazer da cidade como um todo espaço de produção de vida.

A intersectorialidade e a transdisciplinaridade despontam como uma perspectiva promissora para a redefinição do conceito de saúde, propondo uma saúde que é socialmente

produzida a partir de todos os recursos existentes na comunidade e não adstrita ao âmbito hospitalar, mas que é produzida também no âmbito da Educação, da Justiça, da Assistência Social, entre outros. A Organização Mundial de Saúde postula que:

Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. [...]. As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos. [...]. As inextricáveis ligações entre a população e seu meio-ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde. [...] A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino (OMS, 1946).

A fim de melhor visualizar algumas características dessa outra modalidade de prática de produção de saúde, que a rigor não é mais uma prática apenas sanitária, mas, intersetorial, serão utilizados os diagramas de conjunto para ilustrar uma representação gráfica envolvendo três setores do poder público, Saúde, Assistência Social e Planejamento Urbano, sendo que há mais setores que poderiam ser incluídos além dos três que escolhemos, por exemplo, Educação, Segurança, etc. Ressaltamos que o tamanho do espaço correspondente a cada setor e às diferentes intersecções e complementaridades entre eles é variável a depender da demanda, se esta exigirá mais ações em Saúde, Assistência Social ou em Planejamento Urbano.

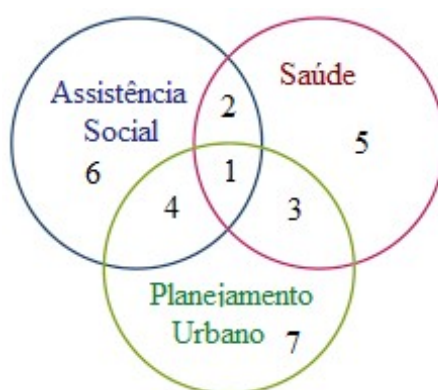


Figura 1: Representação gráfica pelos diagramas de conjunto das possibilidades de inter-relação entre três setores do Poder Público no Território.

As áreas 5, 6 e 7 correspondem ao que seria estritamente específico a cada um desses três setores. A seguir daremos exemplos: A) Uma queixa da população que se refira à dificuldade de ser atendida na ESF por causa do horário de funcionamento, é um problema da Saúde, esta queixa se localiza na área 5 do diagrama; B) Uma queixa que se refira à necessidade de um benefício social, é um problema da Assistência Social, esta queixa se localiza na área 6 do diagrama; C) Uma queixa que se refira à falta de iluminação de uma região, que favorece a incidência de crimes, é um problema de Planejamento Urbano, esta queixa se localiza na área 7 do diagrama.

A área 2 corresponde ao que seria um problema de Saúde e Assistência Social, por exemplo, quando a pessoa necessita realizar um procedimento médico fora do domicílio e não tem como custear o transporte. Isto exige uma intervenção articulada entre os dois setores, não basta que a Saúde encaminhe a pessoa para a Assistência Social com o pedido de traslado, é preciso acompanhar todo processo, pois, às vezes, por causa da falta de instrução e da burocracia o paciente acaba desistindo do tratamento.

A área 3 corresponde ao que seria um problema da Saúde e do Planejamento Urbano. Quando uma população sofre com doenças parasitárias decorrentes da falta de saneamento básico, como a leptospirose, isto não pode ser tratado apenas como uma doença, pois ações de Saúde isoladas pouco poderiam interferir na incidência da patologia, sem intervenções conjuntas, o tratamento seria reducionista, curativo, somente.

A área 4 corresponde ao que seria um problema da Assistência Social e do Planejamento Urbano, por exemplo, as pessoas pobres excluídas do direito à habitação, que necessitam de moradia viabilizada por meio de programas habitacionais como as casas populares, ou pelo menos serem incluídas num programa de aluguel social.

A área 1 corresponde ao que seria um problema desses três setores. Tomemos como exemplo uma situação de um pedido de ajuda que chegou ao CAPS álcool e drogas, uma senhora, moradora de um Conjunto Habitacional na periferia da cidade, se queixava de que estava deprimida, se sentia desanimada e triste, não conseguia mais desempenhar seus afazeres domésticos, tendo se afastado completamente do convívio social, ela estava fazendo uso abusivo de álcool, com índices de dependência e se queixava também que o filho adolescente necessitava de acompanhamento educacional especializado para problemas de aprendizagem, mas que ele desistiu de ir às aulas de reforço porque tinha que pegar três ônibus para chegar ao centro da cidade, o que levava em torno de duas horas, por isso, abandonou a escola e acabou se envolvendo com o tráfico de drogas.

Para além de marcar uma consulta com o psiquiatra, de receitar-lhe antidepressivos, ou mesmo de acolher esta senhora para tratamento para o alcoolismo, convém escutar as questões familiares e sociais que compõem o pano de fundo da suposta depressão, acompanhada pelo uso abusivo de bebida alcóolica. As intempéries do transporte coletivo necessitam de ações do Planejamento Urbano, pois, o bairro em que ela morava, de fato, ficava muito afastado do centro da cidade, com poucos horários de ônibus e sem nenhuma escola próxima, ademais a patrulha policial pouco fazia ronda no lugar, o que tornava-o propício para o tráfico de drogas.

Trata-se de um problema multideterminado, que, diz respeito a pelo menos esses três setores, mas que, em última análise, se formos mais a fundo, exige participação da Educação, Segurança Pública, etc. Conforme observa Costa-Rosa (2000, p. 157): “Daí que não vai pretender tratar o alcoolismo, por exemplo, como um problema orgânico (ou mental) individual, ou as ‘queixas escolares’ como problemas de saúde mental”.

Com fins de elucidar o quanto os problemas sociais são complexos, daremos mais um exemplo associado ao alto índice de violência e o consumo amplo de álcool e drogas em determinados bairros dos municípios. Usualmente, tais problemas são mais evidentes nos centros urbanos, e numa visão superficial, são apontados como problemas de Segurança e de Saúde, nesta linha de pensamento, as medidas cabíveis seriam aumentar o policiamento e implantar mais unidades de tratamento para alcoolismo e toxicomania.

Seguindo o raciocínio preventivista, em 2012, o governo estadual e a prefeitura de São Paulo comandados por Geraldo Alckmin e Gilberto Kassab, respectivamente, dispenderam grandes esforços no intuito de acabar com a “Cracolândia”, denominação popular para uma região no centro da cidade de São Paulo onde ocorre intenso consumo de álcool e drogas e tráfico. Muitos estabelecimentos comerciais cujas atividades concorriam para o tráfico de entorpecentes foram fechados por determinação judicial, pois, com isso, esperava-se abrir espaço para o setor imobiliário, tornando a área mais atrativa para investimentos privados.

Concomitantemente, a polícia militar realizou uma força tarefa de repressão ao tráfico, inclusive desmontou as barracas que ficaram conhecidas como “favelinha da cracolândia” para dispersar os usuários de drogas. Contudo, a despeito da truculência da polícia e das medidas higienista, quatro meses depois da “Operação Cracolândia” outras barracas e outros usuários de álcool e drogas já estavam alocados na mesma região, e São Paulo se viu, mais uma vez, confrontado pelos mesmos problemas, encenados por outros atores.

Se for possível pensar para além do aspecto sujo e perigoso da Cracolândia, veremos que as medidas sanitárias e ambientais adotadas não foram acompanhadas de ações voltadas ao atendimento da população que ocupava o local, aos determinantes da sua vulnerabilidade, por isso não alcançaram de fato os sujeitos que ali viviam, tampouco consideraram ou mudaram suas histórias de vida. Incidir sobre as causas dos problemas requer preocupações voltadas para o contexto e para o território nos quais esses problemas emergiram.

Por trás da situação de vulnerabilidade social, termo um tanto eufêmico para designar as violências sofridas pelos oprimidos, há sujeitos cujas histórias são demarcadas pelo desemprego, falta de vagas nas escolas, poucas opções de lazer e de esportes, atividades culturais escassas, etc. (SOUZA, 2009). É preciso renomear esses problemas, e mesmo recolocá-los, a partir de uma lógica ampliada, partindo do Território e das demandas concretas para se alcançar soluções intersetoriais, transdisciplinares, políticas.

Considerações Finais

A Medicina Preventiva (AROUCA, 2003) pretende controlar as doenças recorrendo ao mais alto grau de tecnificação e especialização, contudo, é justamente aí que se encontra sua contradição, já que, mesmo com o aumento expressivo das tecnologias duras e leves e da panaceia medicamentosa, há décadas a população tem se mostrado insatisfeita com a Saúde (MENDES, 2006). Eugênio Vilaça Mendes, importante pesquisador do SUS, enfatizou: “Deve ficar clara a diferença que faço entre saúde e serviços de saúde. Saúde, como expressão de qualidade de vida, resulta, como já mencionei, da ação sobre os determinantes, sobre o estado de saúde e sobre suas consequências” (MENDES, 2006, p. 258).

No intuito de diferenciar saúde de serviços de saúde, ou seja, da demanda assistencial, quando visamos à produção social da saúde (MENDES, 2006), é preciso considerar, para além do organismo, os determinantes socioeconômicos-culturais do adoecimento, a demanda integral territorializada (COSTA-ROSA, 2013, p. 107).

Marx (2010) diz que a existência humana se desenvolve de acordo com as condições materiais da vida, isto é, a história do homem se faz numa realidade social (MARX, 1982), num Território. O Materialismo Histórico (MARX, 2010) grifa que a essência da realidade é o movimento, a dialética, o que corrobora para pensarmos que a saúde é construída num estado de constante transformação, e é também um produto passível de acumulação ou desacumulação social. Nas palavras de Mendes (2006):

Este estado de saúde constitui um instante no processo saúde/doença e, portanto, está em permanente mutação, melhorando ou deteriorando, em seus diferentes momentos, segundo sua dinâmica reprodutiva e de acordo com as determinações positivas ou negativas para a saúde. Desse modo, uma sociedade poderá, pela produção social, acumular saúde, incrementando o estado de saúde, ou desacumular saúde, ou seja, produzir socialmente enfermidades (p. 241).

Considerar que o adoecimento tem determinantes socioeconômicos-culturais é o mesmo que considerar que a política de saúde é uma política social (FLEURY; OUVÉRY, 2008), promotora de vida ou de morte (LUNA, 2009). Nesta perspectiva, o Território é uma Formação Social, um campo de práxis, transversalizado por ideais econômicos, políticos, socioculturais e subjetivos com construtos teóricos, técnicos e éticos, irremediavelmente influenciados pelo Modo Capitalista de Produção (COSTA-ROSA, 2013), portanto, que sofre os efeitos da luta de classes.

Quando se discutem estratégias em Saúde no intuito de contemplar grupos populacionais que foram prejudicados ou excluídos pelas políticas públicas universais, o que está em questão é a transição paradigmática, de um modo de produção de saúde reducionista pautado no Preventivismo (AROUCA, 2003) para um modo de produção de saúde no qual as diferenças socioculturais das comunidades – como as de renda, etnia, raça, etc. – sejam tratadas como particularidades a serem incluídas nos planos terapêuticos.

Se a ordem governativa da saúde na cidade é da gestão médica, regida pelo Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado (MENDES, 2006) não há produção de saúde, há assistencialismo, curativismo. Por outro lado, conciliamos a territorialização com as práticas intersetoriais e transdisciplinares para subverter a medicina preventiva/capitalista, de maneira que o Paradigma da Produção Social da Saúde (MENDES, 2006) é um referencial teórico-conceitual contingente e eticamente necessário para as práticas do SUS, no intuito da democratização da Saúde.

Resta-nos dizer, que a PNAB (BRASIL, 2006; 2012), principal representante da territorialização em Saúde, está em degradação. O Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado (MENDES, 2006) combatido pelas políticas do SUS está sendo retomado e maximizado desde o ano de 2016, quando, mediante um golpe constitucional (SOUZA, 2016), a presidência do País foi tomada pelos governos de Direita.

Em 2017, a PNAB (BRASIL, 2006; 2012), foi reformulada pela Portaria GM/MS 2.436/2017 (BRASIL, 2017), em 2019, foi sancionada a Lei nº 13.958/2019 (BRASIL 2019a),

que iniciou a extinção gradual do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013), e a partir de janeiro de 2020, passou a vigorar a Portaria nº 2.979/2019 – Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019b). O Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019b) reformulou o financiamento da AB, de modo que, a partir de 2021, alguns municípios podem receber menos repasses de verbas de custeio federal, além disso, se tornou opcional ao gestor municipal continuar ou não aplicando recursos no NASF.

A Portaria GM/MS 2.436/2017 retirou o termo “apoio” da nomenclatura do NASF, passando a denominá-los Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASFAB), propondo que os NASFAB em vez de focarem no apoio matricial passem a atender diretamente a população, para complementar o trabalho das equipes da ESF e da UBS (BRASIL, 2017). Lauer (2018, p. 39) avalia que “[...] essas mudanças não servem ao fortalecimento do SUS e da AB como campo para a promoção de saúde e a melhoria da qualidade de vida da população, ao contrário, favorecem a lógica de cuidado individualista e especialista”.

Em tempos de estrangulamento dos direitos humanos e sociais, com o forte ataque às políticas públicas destinadas a ampliar o acesso em Saúde às populações que historicamente têm sido prejudicadas quanto à cobertura assistencial do SUS, no que se refere a não efetivação dos seus princípios doutrinários da Universalidade; Equidade e Integralidade da saúde, caminhamos a passos largos em direção ao desmonte da Saúde Coletiva, com isso, é urgente retomarmos os preceitos da Reforma Sanitária brasileira (CNS, 1986; MENDES, 2006; PAIM, 2007), do contrário, a saúde será completamente capitalizada e se transformará, em definitivo, numa mercadoria, num privilégio da classe social dominante.

Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, M. F. M. Debate sobre o artigo de Czeresnia & Ribeiro. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 612-613, set. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 fev. 2019.

ALTOÉ, S. (Org). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora Unesp, 2003.

BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/183927948/Livro-O-Territorio-e-o-Processo-Saude-Doenca-FIOCRUZ>. Acesso em: 20 fev. 2019.

BARCELLOS, C. Organização espacial, saúde e qualidade de vida. In: **I Seminário nacional Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento**, 2000, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. v. 2. p. 27-34.

BENELLI, S. J. Risco e vulnerabilidade como analisadores nas políticas públicas sociais: uma análise crítica. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 33, n.4, p. 735-745, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000400735&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 fev. 2019.

BERLINGUER, G. Determinantes sociales de las enfermedades. **Rev Cubana Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 33, n. 1, mar. 2007. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu03107.pdf>. Acesso em: 7 out. 2018.

BETIM, F. Tuberculose na Rocinha expõe o Brasil que estacionou no século XIX. **El País**, Rio de Janeiro, 12 set. 2015. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2015/09/01/politica/1441120198_053979.html. Acesso em: 26 fev. 2019.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 out. 2013. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2013/10/23>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019: Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 dez. 2019a. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2019/12/18>. Acesso em: 01 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jan. 2008. p. 47-50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017. p. 68. Disponível em: http://www.imprensa nacional.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19

308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031>. Acesso em 20 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.

Acesso em: 5 mai 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 08 nov. 2016.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019: Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2019b. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em 02 jan. 2020.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAYRES, A. Z. F.; RIBEIRO, M. C.; ELIAS, R.; COUTINHO, R. A. **Caminhos para a Desinstitucionalização no Estado de São Paulo: Censo Psicossocial 2014**. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2015.

CECCIM, R. B. Debate (Réplica). **Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 175-77, set. /fev., 2005. Disponível em: <http://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/01/16.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2016.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do Discurso Médico**. Traduzido por Jorge Gabriel Noujaim, Marco Antonio Coutinho Jorge e Potiguara Mendes da Silveira Jr. São Paulo: Brasiliense, 1978.

CNS – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Relatório final. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986, p. 1-21. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf.

Acesso em: 21 mar. 2018.

COIMBRA, C. **Operação Rio: o mito das classes perigosas**. Rio de Janeiro: Oficina do autor, 2001. 276p. Disponível em: https://www.academia.edu/24527062/Operação_Rio_-_o_mito_das_classes_perigosas. Acesso em: 2 abr. 2016.

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

COSTA-ROSA, A. Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. In: DIONÍSIO, G. H.; BENELLI, S. J. (Orgs.). **Políticas públicas e clínica crítica**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 15-31.

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

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial um novo paradigma nos Tratamentos Psíquicos na Saúde Coletiva. **Revista Vertentes**, n. 5, p. 11-22, 1999.

COLUSSI, C.F.; PEREIRA, K.G. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2016. Disponível em: https://unassus-quali.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/145053/mod_resource/content/1/TERRITORIALIZACA_O_LIVRO.pdf. Acesso em: 24 dez. 2018.

FAINGUELERNT, M. B. **Belo Monte: o estado democrático de direito em questão**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2013.

FERREIRA, M. E. V.; MATSUO, T.; SOUZA, R. K. T. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 27, v. 12, p. 2327-2339, dez, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2011.v27n12/2327-2339/pt>. Acesso em: 18 mar. 2019.

FIORAVANTE, E. Modo de produção, formação social e Processo de trabalho. In: GEBRAN, P. (Org.). **Conceito de Modo de Produção**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. p. 31-45.

FLEURY, L. C.; ALMEIDA, J. A construção da Hidrelétrica de Belo Monte: conflito ambiental e o dilema do desenvolvimento. **Ambiente e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 141-158, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/asoc/v16n4/09.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

FLEURY, S. Giovanni Berlinguer: socialista, sanitaria, humanista! **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 20, v. 11, p. 3553-3559, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001103553&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 7 out. 2018.

FLEURY, S.; OUVRENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64. Disponível em:

http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXT0_1_POLITICA_DE_SAUDE_POLITICA_SOCIAL.pdf. Acesso em: 21 mar. 2019.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M.; ROJAS, L.I.; BARCELLOS, C. PEITER, P.; NAVARRO, M., GRACIE, R. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Orgs.). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l24.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

GONDIM, G. M. M. **Territórios da Atenção Básica**: múltiplos, singulares ou inexistentes? 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2371. Acesso em: 22 mar. 2016.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: síntese de indicadores 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 28 fev 2018.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

LAUER, P. O apoio como estratégia para o fortalecimento do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, n. 17, v. 2, p. 29-50, 2018. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1118/1265>. Acesso em: 06 jan. 2019.

LOURAU, R. **Análise Institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.

LUNA, L. “Fazer viver e deixar morrer”. A má-fé da saúde pública no Brasil. In: SOUZA, J. **Ralé brasileira**: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009. p. 305-327. Disponível em: <http://flacso.redelivre.org.br/files/2014/10/1143.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

MALFITANO, A. P. S.; LOPES, R. E. Programa de Saúde da Família e agentes comunitários: demandas para além da saúde básica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 14, n. 3, p.110-117, 2003. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13925>. Acesso em: 22 set. 2018.

MARX, K. **Manuscritos Econômicos Filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MENDES, E.V. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Instrumentos para o diagnóstico sócio sanitário no Programa Saúde da Família. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Orgs.). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l24.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, n. 21, v. 3, p. 898-906, Rio de Janeiro, maio-jun, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024. Acesso em: 8 out. 2018.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 18, p. 957-970. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-1807-576220130333.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2018.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/309702/1/Oliveira_GustavoNunesde_D.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2019.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Genebra: OMS, 1986. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 7 out. 2018.

OMS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Constitución de la Organización Mundial de la Salud**. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Acesso em: 7 out. 2018.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49663>. Acesso em: 7 out. 2018.

PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M.A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n. 492, v. 32, p. 492-499; Brasília, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012. Acesso em: 7 out. 2018.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão e crítica. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>. Acesso em: 7 out. 2018.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 17, p. 523-536, dez. 2011. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 fev. 2019.

PÉRICO, W. Psicanálise, transdisciplinaridade e Atenção Psicossocial: a necessária formação de trabalhadores de Saúde Mental de um novo tipo. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18, número especial, p. 121-140, 2019. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1545/1355>. Acesso em: 08 jan. 2020.

PONTES, N. Após um ano de funcionamento, Belo Monte segue envolta em polêmicas. **Carta Capital**, São Paulo, 4 jun. 2017. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/apos-um-ano-de-funcionamento-belo-monte-segue-envolta-em-polemicas/>. Acesso em: 26 fev. 2019.

PRATES, M. M. et al. Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em saúde mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 642-652, jun. 2013.

REY, F. G. **Personalidad, salud y modo de vida**. México: Fondo Editorial de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela, 1992.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 115-123, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000100010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 mar. 2019.

ROZITCNHNER, L. **Freud e o problema do poder**. São Paulo: Escuta, 1989.

SALGADO, A. C. S.; PENA, R. S.; CALDEIRA, L. W.D. Apoio institucional e militância no Sistema Único de Saúde (SUS): refletindo os desafios da mobilização dos sujeitos na produção de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 18, n. 1, p. 909-918, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-576-icse-1807-576220130221.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2019.

SANTOS, M. O Dinheiro e o Território. **GEOgraphia** – Ano. 1 – No 1 – 1999, p. 7-13. Disponível em: periodicos.uff.br/geographia/article/download/13360/8560. Acesso em: 27 fev. 2019.

SANTOS, M. **Espaço e Sociedade**. Petrópolis: Editora Vozes, 1982.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Regionais de Saúde**. 2012. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>. Acesso em: 18 nov. 2014.

SHIMOGUIRI, A.F.D.T., COSTA-ROSA, A. A prática de atenção à saúde nos estabelecimentos psicossociais: efeitos do modo capitalista de produção. **Psicologia USP**, v. 28, n. 3, p. 389-395, São Paulo, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-65642017000300389&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 set. 2018.

SHIMOGUIRI, A.F.D.T. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma clínica do desejo e do carecimento na saúde coletiva.** Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2016. Disponível em:

https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/134320/shimoguari_afdt_me_assis.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 09 de jan. 2016.

SHIMOGUIRI, A.F.D.T.; PÉRICO, W. O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 13, n. 1, p. 33-51, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442014000100004. Acesso em: 12 de jan. 2016.

SOUZA, J. **A radiografia do Golpe:** Entenda como e por que você foi enganado. Rio de Janeiro: Leya, 2016a.

SOUZA, J. **Ralé brasileira:** quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009. Disponível em: <http://flacso.redelivre.org.br/files/2014/10/1143.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

YASUI, C.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, v. 32, p. 27-37, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003>. Acesso em: 19 mar. 2019.

ENSAIO 3

IMPASSES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: QUAL TRATAMENTO PARA O SOFRIMENTO PSÍQUICO NO PACTO SOCIAL?

Resumo: Com vistas ao projeto de sociedade democrática e solidária posto em curso com a formalização do Sistema Único de Saúde (SUS), os movimentos da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) se fortaleceram, de modo que a internação, o isolamento e as práticas empregadas nos hospitais psiquiátricos (eletrochoques, agressões físicas, trabalho forçado, abusos sexuais, etc.) ganharam notoriedade e passaram a ser interpretadas como violações dos direitos humanos e formas de exclusão social. Diante disso, a psiquiatria asilar entrou em crise, tendo sido substituída pelos tratamentos multidisciplinares pautados na reabilitação psicossocial, contudo, os princípios disciplinares das relações sociais de dominação-subordinação podem sobreviver e mesmo se fortalecer, à revelia do SUS e da RPb, visto que o mandato social da Psiquiatria – aparelho ideológico cujos poderes sociais e políticos são de regulação, de controle – se reproduz no plano sociocultural, que lhe assegura a hegemonia. Assim, temos constatado pelas experiências de trabalho ao longo de dez anos na Saúde Mental que os tratamentos ofertados no âmbito público ainda se resumem ao mandato social da psiquiatria. Partindo dos dados estatísticos do Censo Psicossocial no estado de São Paulo, feito em 2014, apresentaremos a realidade concreta da RPb no interior paulista, ao discutir os entraves da RPb enquanto Política Pública situada no Modo Capitalista de Produção, traremos algumas reflexões sobre o plano sociocultural como determinante para a consolidação do SUS, de maneira que este ensaio pretende contribuir com a transição paradigmática, superando o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, rumo ao Paradigma Psicossocial.

Palavras-Chaves: Reforma Psiquiátrica brasileira; Desinstitucionalização; Censo Psicossocial; Integralidade; Atenção Psicossocial.

IMPASSES OF PSYCHIATRIC REFORM: WHAT TREATMENT FOR PSYCHIC SUFFERING IN THE SOCIAL FIELD?

Abstract: Aiming a democratic and solidary society Project introduced by the formalization of the Unified Health System, the Brazilian Psychiatric Reform (BPR) movements were strengthened, so that, hospitalization, isolation and the practices employed in psychiatric hospitals (electroshocks, physical aggression, forced labor, sexual abuse, etc.) gained notoriety and came to be interpreted as violations of human rights and social exclusion. As a result, the asylum psychiatry went into crisis, having been replaced by multidisciplinary treatments, based on psychosocial rehabilitation. However, the social relations based on disciplinary principles of domination-subordination can survive and even be strengthened, since the social mandate of Psychiatry – an ideological apparatus which social and political powers aim the regulation and the control – reproduces itself at the sociocultural field, which assures its hegemony. Thus, we have seen from work experiences over ten years in Mental Health Care that the treatments offered in the public establishments are still been limited to the

social mandate of Psychiatry. Starting from the statistical data of the Psychosocial Census in the state of São Paulo, made in 2014, we will present the concrete reality of BPR in the interior of São Paulo, while discussing the barriers of BRP as a Public Policy situated in the Capitalist Mode of Production, we will bring some reflections on the socio-cultural field as a determinant for the consolidation of UHS, so that this essay intends to contribute to the paradigmatic transition, overcoming the Hospitalocentric Medicalizing Psychiatric Paradigm, towards the Psychosocial Paradigm.

Keywords: Brazilian Psychiatric Reform; Deinstitutionalizing; Psychosocial Census; Integrality; Psychosocial Care.

A inclusão dos humilhados é sempre uma decisão política e moral, e nunca consequência apenas do desenvolvimento econômico, como se comprova no Brasil (SOUZA, 2018, p. 61).

Introdução

A Reforma Sanitária (RS) se preocupou e se esforçou para que a saúde não fosse mais entendida como ausência de doença, ou amenização e remoção da mesma, sobretudo, para que a saúde gratuita fosse incluída nos direitos inalienáveis de todos os cidadãos, portanto, livre das especulações financeiras, como uma expressão do direito à vida (MENDES, 2006; PAIM, 2007). Tendo em mente que a saúde possui determinantes sociais e que a doença, mais do que um sintoma individual, é também um sintoma do Território, a produção da saúde na ordem da política é posta em evidência, de maneira que a política de saúde é considerada uma política social (FLEURY; OUVÉRY, 2008).

A RS (MENDES, 2006; PAIM, 2007) destacou a necessidade de considerar a territorialidade do adoecimento como analisador fundamental para o direcionamento da gestão pública. Então, como primeira consideração, temos que a produção social da saúde depende de ações macroestruturais, pois o Território é um campo de práxis que possui uma estrutura sociocultural-econômica (CNS, 1986)¹¹. Nesta direção, é fundamental priorizar ações multidisciplinares e intersetoriais, envolvendo diversos setores da administração pública: Saúde, Assistência Social, Educação, Justiça, entre outros.

O modelo de atenção à Saúde que tenta se implantar no Brasil desde a RS, incluído na idealização do Sistema Único de Saúde (SUS) é regido pelos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da saúde. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986) e no I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, afirmou-se o axioma popularmente conhecido sobre a saúde como um direito fundamental, que, posteriormente, foi transformado no Artigo 196, da seção da saúde, da Constituição Federal, a qual garante que: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O SUS foi criado com a finalidade de tornar a assistência à Saúde gratuita e acessível para todos os grupos populacionais, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer

¹¹ No segundo Ensaio desta tese: “O Paradigma da Produção Social da Saúde: a territorialidade do adoecimento e seus determinantes socioeconômicos” apresentamos discussões sobre a estratégia de territorialização em Saúde.

cidadão, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988). O princípio doutrinário da Integralidade apareceu inicialmente na Constituição Federal (BRASIL, 1988), com a expressão “atenção integral” e, mais tarde, foi detalhado na Lei n. 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990), Lei Orgânica da Saúde, como integralidade da assistência.

A finalidade do SUS só pode ser alcançada com a construção de uma Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) composta por estabelecimentos institucionais capazes de se articular tomando por referência o paradigma biopsicossocial (MENDES, 2006) e a integralidade do cuidado (DELZIOVO; PEDEBÔS; MORETTI-PIRES, 2012), evitando a fragmentação do olhar e das intervenções. Garantir assistência integral é correlativo ao trabalho em Rede: “Integralidade pressupõe intersectorialidade, como a articulação com diversas áreas externas à saúde, mas que são parceiras por terem sob sua responsabilidade campos e ações que se refletem na saúde integral dos usuários e comunidades” (DELZIOVO; PEDEBÔS; MORETTI-PIRES, 2012, p. 15).

O SUS referenciado pelo Paradigma da Produção Social da Saúde (MENDES, 2006), abriu caminho para novas formas de Atenção, menos organicistas, hospitalocêntricas e medicocentradas. Entretanto, depois de mais de 30 anos da sua formalização, celebrados em 2020, apesar dos avanços importantes, principalmente nos âmbitos jurídico-político e teórico-conceitual, é indiscutível que ainda há muito o que se caminhar para que, efetivamente, a territorialidade e a sociabilidade do processo saúde-adoecimento-Atenção sejam compreendidas.

Observamos que, com o objetivo de funcionar como um sistema universal, integral e equânime, o SUS vem se desenvolvendo na contramão dos interesses privatistas no campo da saúde e, se por um lado, é defendido por muitos, por outro, também, é alvo de críticas e de descrédito, como se as dificuldades encontradas não pudessem ser enfrentadas de modo a tornar possível a sua efetiva implantação. Como reflexo do desencantamento para com o SUS, se reproduz, a cada dia, a naturalização de práticas distantes do que entendemos como defesa da vida (SALGADO; PENA; CALDEIRA, 2014, p. 910).

O Estado, pelo menos na esfera jurídica-política, garante ao cidadão o direito de acesso a todas as formas de tratamento em Saúde, ações em todos os níveis de complexidade, desde a vacinação aos procedimentos cirúrgicos, inclusive atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e da promoção de saúde (BRASIL, 1988), visto que a saúde integral depende da cobertura de serviços públicos em diferentes eixos, desde a Atenção Básica às especialidades clínicas.

A despeito do plano jurídico-político, e do reconhecimento da saúde enquanto um direito fundamental de todos, partimos da ideia de que não basta introduzir legalmente no discurso do SUS a figura do Sujeito Cidadão de Direitos, seja porque, na prática, os poderes públicos, União, Estados e Municípios, não se responsabilizam, de fato, pela universalidade, equidade e integralidade da assistência, ou seja porque, ainda que se responsabilizassem, ofertando tudo que existe de recurso humano, tecnológico e medicamentoso, ainda assim, não é desta forma, que a saúde e a cidadania são produzidas. Eis o ponto central da nossa tese: a saúde e a cidadania não são bens de consumo, mercadorias que se possa dar ou restituir a alguém como valores de troca, de capitalização, mas sim, produtos de ações sociais, valores de uso e usufruto coletivos, construídos culturalmente.

No campo da Saúde Mental, concomitantemente à RS e como consequência dela, se iniciou a Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) (AMARANTE, 1994; 1995; 1996; 2003; 2007; YASUI, 1999; 2010), a qual, ao adotar a determinação biopsicossocial do adoecimento e do sofrimento psíquico, já pressupõe a integralidade da assistência em saúde. Nos anos de 1980 o Brasil passava por um processo de redemocratização, efervescia na sociedade o discurso humanitário e inclusivo, portanto, o momento era favorável a mudanças socioculturais quanto à compreensão da Saúde.

Com vistas ao projeto de sociedade mais democrática e solidária em curso, com o fim da ditadura militar, a internação, o isolamento e demais matizes do Tratamento Moral (PINEL, 2007) não poderiam mais ser considerados como tratamentos em Saúde, então, o Modo Asilar (COSTA-ROSA, 1987; 2000), em crise, precisava ser substituído, já que as práticas empregadas nos hospitais psiquiátricos (eletrochoques, agressões físicas, trabalho forçado, abusos sexuais, etc.) ganharam notoriedade e passaram a ser vinculadas à imagem da violência, da violação dos direitos humanos e da exclusão social.

Apesar das modificações importantes nas formas de assistência em Saúde Mental, que se tornaram mais humanizadas, os princípios disciplinares consolidados pelo saber-poder-curar da Psiquiatria, combatidos no discurso da RPb, puderam sobreviver e mesmo se fortalecer, à revelia das Políticas Públicas do SUS. O mandato social da Psiquiatria – aparelho ideológico cujos poderes sociais e políticos são de regulação, de controle – se inscreve no plano socioeconômico-cultural, portanto, não basta mudar os meios de trabalho para superar as relações sociais de controle e disciplina.

O mandato social da Psiquiatria (COSTA-ROSA, 2013b) é representante das hierarquias culturais das sociedades de classes, sobretudo a “psiquiatria DSM”, é a expressão plena do

Modo Capitalista de Produção (COSTA-ROSA, 2013a) que não depende da existência dos manicômios e hospitais psiquiátricos, mas sim da cultura de dominação-subordinação, como pontua Costa-Rosa (2013a), a Psiquiatria não cessa de ser reformada. “Todas as reformas de que tem sido objeto se originaram em seu interior e ali permaneceram. Mesmo suas poucas tentativas de transformação radical têm primado por manter intacto seu paradigma original” (COSTA-ROSA, 2013b, p. 11).

O Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado (MENDES, 2006) é homólogo à ideologia neoliberal, na Saúde Mental, ele se presentifica no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador – PPHM (COSTA-ROSA, 2013a). No PPHM há uma naturalização da “doença mental”, que retira o sofrimento psíquico do contexto social e o coloca no indivíduo; as intervenções são pontuais e breves, sem quaisquer pretensões de se interferir nas gêneses político-econômica (sociais) das misérias humanas, que estão por trás de todo adoecimento

Constatamos pelas experiências de trabalho, ao longo de pelo menos dez anos na Saúde Mental de municípios do interior paulista, que os tratamentos ofertados no âmbito público nem sempre seguem os princípios doutrinários do SUS (BRASIL, 1988) e da RPb (BRASIL, 2001). Por meio de uma análise crítica quanto ao plano socioeconômico-cultural instituído pelo MCP, o qual é dialeticamente oposto ao Paradigma da Produção Social da Saúde (MENDES, 2006), porque deprecia as minorias sociais, temos chegado à conclusão de que as injustiças sociais e as doenças existem em articulação, ou seja, a realidade socioeconômica-cultural é causa-efeito do adoecimento, sendo que a produção social da saúde esbarra num obstáculo quase intransponível: a luta de classes.

A fim de discutir os entraves da RPb (AMARANTE, 1994; 1995; 1996; 2003; 2007; YASUI, 1999; 2010) enquanto Política Pública atravessada pela luta de classes, traremos dados estatísticos e reflexões que vieram da nossa *práxis*, como pesquisadores da linha “Subjetividade e Saúde Coletiva” do curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências e Letras de Assis e como trabalhadores, psicólogo e terapeuta ocupacional do SUS inseridos em estabelecimentos da Saúde Mental – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)– CAPS álcool e drogas e CAPS infanto-juvenil; supervisora da Região de Saúde do Pontal do Paranapanema; e, especialmente, traremos recortes da segunda edição do Censo Psicossocial no estado de São Paulo, feita em 2014, na qual um de nós trabalhou como pesquisadora e coordenadora de campo no interior do Oeste paulista, Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente (DRS XI).

Ao apresentar a realidade concreta de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), este ensaio pretende ser importante para a discussão sobre a “assistência” prestada no SUS no contexto da Atenção Psicossocial, pretende ser relevante também para contribuir com a transição paradigmática que busca superar o PPHM dominante, dando continuidade ao trabalho de Costa-Rosa, que propôs o Paradigma Psicossocial (PPS) para a Saúde Mental Coletiva, em sintonia com o Paradigma da Produção Social da Saúde (MENDES, 2006).

Desde Freud, o sofrimento psíquico não pode ser separado da cultura (ROZITCHNER, 1989a), logo, o corpo humano não pode ser separado do corpo social: “É o próprio corpo pessoal o lugar onde o debate histórico coloca sua contradição, que será, todavia, contradição vivida, contradição histórica subjetivada” (ROZITCHNER, 1989b, p. 27). Nós, trabalhadores do SUS que no dia a dia lidamos com todas as nuances do sofrimento, precisamos estar precavidos de que a realidade psíquica e a realidade material/social mantêm vultoso entrelaçamento.

Os sujeitos atendidos nos estabelecimentos do SUS, amiúde, sofrem não apenas pelas dores físicas e/ou psíquicas, mas também, e muito, pelos conflitos do social que lhes prejudicam quanto às possibilidades de responder ao adoecimento, de ter qualidade de vida, por exemplo, por causa do difícil acesso desta população à educação, ao trabalho, ao lazer e à moradia, condições básicas para a saúde.

Como observaram Pereira e Palma (2018): a maioria dos usuários do CAPS residem com familiares devido à dependência financeira, são egressos de internações psiquiátricas e fazem uso de múltiplos psicofármacos. Silva, Santos, Nogueira e Malfitano (2015) elencaram como características “situações de baixa renda, baixa escolaridade, comprometimento psiquiátrico e cognitivo, vulnerabilidade social e falta de estrutura familiar” (p. 327).

Interessa-nos, neste ensaio, refletir sobre o plano socioeconômico-cultural como um dos analisadores principais para se compreender os impasses das Políticas Públicas no Brasil, mais especificamente no que concerne à consolidação da Atenção Psicossocial. O plano social expressa as lutas, os embates, os avanços e os retrocessos da luta de classes, desvelando o não-sabido de que tanto a saúde quanto as doenças têm genealogias culturais e político-econômicas que não podem ser negadas, mas, antes, devem ser incluídas como pano de fundo de quaisquer práxis no SUS.

Pobreza é doença? A Demanda Social no campo da Saúde

Os Modos de Produção de conhecimento científico, de subjetividade e de saúde estão inscritos no Modo de Produção dos bens materiais diversos, isto é, é o Modo Capitalista de Produção (MCP); é a ideologia neoliberal, que indica a forma como a Demanda Social será apreendida e tratada, por meio das práticas assistenciais, nos estabelecimentos públicos da Saúde.

O conceito de Demanda Social é caro ao campo da Saúde Coletiva, nos valem dele tal qual é referenciado pela Análise Institucional (ALTOÉ, 2004; LAPASSADE, 1977; LOURAU, 1975), sendo o conjunto de pulsações que se fazem presentes num Território como resultantes do conflito de interesses, jurídicos, políticos e, sempre, econômicos, entre o polo social dominante e o polo subordinado na luta de classes.

Para a manutenção do MCP, manutenção dos privilégios da elite, as pulsações da Demanda Social, as insatisfações da população, precisam ser tamponadas, com fins de que o equilíbrio, a ordem social, sejam mantidos. Assim, o polo social subordinado não pode ter consciência da sua condição (de explorados), não pode ter consciência de que é, desde sempre, subjugado.

A soberania financeira da “elite do dinheiro” (SOUZA, 2017), seus lucros e rendimentos, seu bem-estar e suas melhores condições de saúde, não vêm de outra fonte que não seja a extração da mais-valia via expropriação econômica deles, os pobres. Vê-se que a espoliação sofrida pelo polo social subordinado não é apenas econômica, por exemplo, quando o direito à saúde é violado, trata-se também de uma expropriação de vida.

A Análise Institucional francesa (ALTOÉ, 2004; LAPASSADE, 1977; LOURAU, 1975) propõe uma distinção fundamental entre a encomenda e a demanda. Consideramos que os problemas de saúde, o adoecimento, têm uma face de encomenda, que diz respeito a um panorama mais geral e imediato, às manifestações sintomatológicas em patologias, e uma face de Demanda Social, que só pode ser apreendida numa perspectiva mais complexa, que reposicione os problemas, que não feche os olhos para as nuances coletivas do adoecimento, para a especificidade das “doenças de pobre” (LUNA, 2009), desvelando suas relações com o plano sociocultural.

O que faz Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado (MENDES, 2006) é dissuadir as pulsações da Demanda Social, encobrir os (d)efeitos do MCP para que a sociedade não seja percebida como cenário da luta de classes, consequentemente, para que a Saúde Coletiva não seja percebida como um campo conflitivo onde se atualizam os interesses

contrários e irreconciliáveis do polo social dominante e do polo social subordinado.

A sociedade civil é o processo de constituição e reposição das condições materiais da produção econômica pelas quais são engendradas as classes sociais [...]. Essas classes sociais são antagônicas e seus conflitos revelam uma contradição profunda entre os interesses irreconciliáveis de cada uma delas, isto é, a sociedade civil se realiza como luta de classe (CHAUÍ, 2004, p. 532).

Em 2005 o Brasil ocupava a décima primeira posição entre os países com maiores taxas de desigualdade na distribuição de renda. De acordo com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) o País apresentava desigualdades de saúde entre grupos populacionais “evitáveis, injustas e desnecessárias” (BRASIL, 2008, p. 11). Segundo noticiou o Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas (FGV/IBRE), no primeiro semestre de 2019 a desigualdade de renda dos brasileiros, em vez de diminuir, atingiu o maior patamar já registrado, de 2012 a 2019, a renda acumulada dos mais ricos aumentou 8,5% e a dos mais pobres caiu 14% (FGV, 2019).

Para que não se recorra ao reducionismo, menosprezando a determinação econômica da saúde, Buss e Pellegrini Filho (2007) esclarecem que as diferenças no estado de saúde dos indivíduos oriundas dos seus hábitos e comportamentos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas:

Enquanto os fatores individuais são importantes para identificar que indivíduos no interior de um grupo estão submetidos a maior risco, as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais relacionadas com outros fatores, principalmente o grau de equidade na distribuição de renda. Por exemplo, o Japão é o país com a maior expectativa de vida ao nascer, não porque os japoneses fumam menos ou fazem mais exercícios, mas porque o Japão é um dos países mais igualitários do mundo (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 81).

Entre junho e setembro de 2019, realizamos supervisão institucional com noventa trabalhadores de um município de pequeno porte da RRAS do Pontal do Paranapanema, interior de São Paulo, distribuídos em sete estabelecimentos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS)¹². No primeiro encontro, perguntamos quais eram as principais dificuldades que apareciam no cotidiano de trabalho, foi unânime entre os trabalhadores que havia muita dificuldade para abranger a saúde mental na Atenção Básica, visto que a cidade não tinha CAPS.

¹² Trata-se do projeto de supervisão institucional “O Saber/Fazer na Saúde Mental do Município de Mirante do Paranapanema” desenvolvido em parceria com João Renato Ciabattari Pagnano e Davi Sereghetti da Silva, psicólogos cujas áreas de atuação também é o DRS XI.

Destacaram-se as dificuldades teóricas e técnicas para acolher os usuários de álcool e outras drogas e a queixa de que o município dispunha de recurso escasso em termos de psiquiatras, e, em contrapartida, percebiam um aumento exponencial no uso de medicações psicotrópicas, sobretudo os ansiolíticos benzodiazepínicos. Após seis encontros, nos quais trabalhamos os seguintes temas: “Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial”; “Álcool e Drogas, do proibicionismo à Redução de Danos” e “O Território em Saúde”, refizemos a mesma pergunta, questionando o quê para eles se destacava como principal fator de risco para a saúde a ser enfrentado, a resposta de cinco das sete ESF foi ausência de saneamento básico, porque as áreas em questão, afastadas da zona urbana, não tinham rede de coleta de esgoto.

A ausência de transporte privado e público também figurou entre os principais problemas, visto que se tratava de pessoas vinculadas ao MST – Movimento dos Trabalhadores sem Terra – que viviam em assentamentos rurais e dependiam de transporte para ter acesso às escolas, ESF, UBS, etc. Foi notório o quanto a fala dos trabalhadores se deslocou do individual (alta prevalência de “transtornos mentais”; falta de medicação) ao social, e a compreensão crítica e política do processo saúde-adoecimento-Atenção que passaram a ter, momento em que irrompeu o seguinte chiste: “Se tivesse rede de esgoto chegava menos *merda* pra Rede de Saúde”.

A função social do PPHM, de manter, e, ainda, acentuar as desigualdades sociais, por motivos óbvios, não é claramente enunciada. Deveras, os estabelecimentos institucionais do campo da Saúde Mental, sobretudo os hospitais psiquiátricos, historicamente, têm se ocupado de suprimir as misérias humanas, não com vias a eliminá-las, mas para escondê-las, inclusive renomeando eufemicamente a pobreza, fala-se, agora, em situações de risco pessoal e vulnerabilidade social e não em miséria.

Os conflitos da luta de classes e as pulsações da Demanda Social arditamente são deslocados para o plano individual de maneira que todas as vulnerabilidades são localizadas na família, na comunidade, ou mesmo no psiquismo dos sujeitos (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017a; BENELLI, 2009; 2013; 2014a; 2014a; 2014b; BENELLI; COSTA-ROSA, 2010; 2013). Se ocorre um crime, tão logo se recorre à psicopatologia e à criminologia para explicá-lo, dizendo que sua ocorrência se deu em virtude da periculosidade do indivíduo/criminoso (periculosidade como um índice da personalidade); feita esta manobra de deslocamento, não se discute as condições sociais do local do crime, seus índices sanitários, educacionais, de segurança, etc.; fica de fora o contexto sociocultural e macroestrutural ao qual as vulnerabilidades sociais estão referidas.

A luta de classes no Brasil: da senzala ao hospital psiquiátrico

Negro drama! Tenta ver e não vê nada
 A não ser uma estrela, longe, meio ofuscada
 Sente o drama, o preço, a cobrança
 No amor, no ódio, a insana vingança
 Negro drama! Eu sei quem trama e quem tá comigo
 O trauma que eu carrego pra não ser mais um preto fudido
 O drama da cadeia e favela
 Túmulos, sangue, sirene, choros e velas
 Passageiro do Brasil, São Paulo, agonia
 Que sobrevive em meio às honras e covardias
 Periferias, vielas, cortiços
 Você deve tá pensando o que você tem a ver com isso
 Desde o início, por ouro e prata
 Olha quem morre, então, veja você quem mata
 Recebe o mérito, a farda que pratica o mal
 Me ver pobre, preso ou morto já é cultural
 (RACIONAIS MC'S, 2002)¹³

Jessé Souza (2017a; 2016a; 2009), um dos principais sociólogos contemporâneos que pesquisa a desigualdade, considera que o Brasil possui uma cultura escravagista e localiza na escravidão os genes de uma hierarquia moral, fundadora de uma ideologia que separa os homens entre superiores e inferiores. Na escravidão esta hierarquia era pronunciada, a cisão entre melhores e piores se dava pela raça – brancos x negros – era um corte bem delimitado e que podia ser visto nitidamente.

Há outras hierarquias que não se enunciam claramente, mas, embora opacas, são muito bem articuladas para ordenar a vida social; são as hierarquias culturais que naturalizam os relacionamentos de dominação-subordinação e estabilizam o Processo Estratégico de Hegemonia¹⁴:

¹³ É importante destacar a sensibilidade e a potência dessa produção artística. Para Gramsci (1995; 2000), a prevalência das classes dominantes sobre o proletariado se mantém, sobretudo, pela sua hegemonia cultural, pela sua posição de maior hierarquia, de modo que, para resistir a essa dominação, é necessário que, das minorias sociais, surjam “intelectuais orgânicos”, representantes do povo, capazes de articular pensamentos críticos e engajados, que pretendem imprimir na luta de classes movimentos a favor do polo subordinado. É como um desses intelectuais orgânicos que Mano Brown se tornou a maior referência do Rap nacional desde os anos de 1990. Sobre este assunto, é possível acessar a tese de doutorado de Silva (2012).

¹⁴ O Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH) é um conceito de Gramsci que nos permite analisar, em termos molares, certas linhas de composição das formações sociais [...]. O PEH compreende um conjunto de práticas, relacionadas à estratégia e tática, destinadas a manter a Formação Social, seja uma instituição ou a sociedade como um todo, em equilíbrio dinâmico; dado tratar-se de realidades segmentares e contraditórias quanto aos interesses e visões de mundo que aí necessariamente se atualizam. Essa segmentaridade tende à polarização. Daí podermos falar em PEH como esforço de manter em equilíbrio dinâmico interesses dominantes e subordinados (COSTA-ROSA, 2013d, p. 57).

São ideias naturalizadas, posto que não se reflete mais sobre elas, deixando-nos a falsa impressão de que já sabemos como a sociedade funciona. [...]. Na verdade, as culturas passaram a substituir o racismo, usando para isso outros termos, uma vez que começou a “pegar mal” inferiorizar as “raças”. Mas a função racista de separar ontologicamente o supostamente superior do inferior, de modo automático e sem reflexão, agora com o nome de “cultura” foi preservada (SOUZA, 2016b, p. 32).

As hierarquias culturais dividem os homens em classes e corrompem o exercício impessoal da política, surge, então, o Estado de exceção e uma sociedade que naturaliza o ódio de classes, que humilha e mata as minorias sociais, que despreza à ralé, classe social composta pelos miseráveis e marginalizados que substituíram os escravos (SOUZA, 2017a; 2016a; 2009). As mesmas ideias que motivaram a escravidão, agora sob outra roupagem, motivam as opressões e violências cotidianas contra as minorias sociais.

Os grupos sociais moralmente desprezíveis sofrem violências multifacetadas, incluindo formas abstratas, por exemplo, uma negligência ou violação de direitos, e formas concretas, por exemplo, as mortes (execuções) durante ações policiais nas comunidades pobres decorrentes de balas perdidas que sempre encontram os corpos negros e pobres. Nas palavras do poeta Galeano (2002) encontramos uma boa definição do que para a sociedade capitalista é a ralé: uma multidão de invisibilidades.

Os ninguéns: os filhos de ninguém, os donos de nada. Os ninguéns: os nenhuns, correndo soltos, morrendo a vida, fodidos e mal pagos: Que não são embora sejam. Que não falam idiomas, falam dialetos. Que não praticam religiões, praticam superstições. Que não fazem arte, fazem artesanato. Que não são seres humanos, são recursos humanos. Que não têm cultura, têm folclore. Que não têm cara, têm braços. Que não têm nome, têm número. Que não aparecem na história universal, aparecem nas páginas policiais da imprensa local. Os ninguéns, que custam menos do que a bala que os mata.

Souza (2017a; 2016a; 2009), refletindo sobre o padrão histórico que se repete nas lutas políticas do Brasil, observou que, abolida a escravidão, permaneceu a ideologia de dominação-subordinação, reforçada pelo Capitalismo. Na Modernidade, não é mais uma dominância material, física, mas sim uma dominância simbólica, de ideias, assim, as opressões não são só para os pobres, mas visam os diferentes, os moralmente degradados, cujas subjetividades não correspondem ao padrão de normalidade, dentre eles, estão os sujeitos em sofrimento psíquico intenso.

Jessé Souza (2017a; 2016a; 2009) nos convida a pensar o plano sociocultural no qual se ergue o capitalismo, pois, se não há um processo reflexivo que chegue à crítica da ideologia

que é subjacente à constituição da sociedade de classes, não haverá, em verdade, mudanças quanto às relações sociais.

O principal aqui é evitar compreender as classes de modo superficial e economicista [...]. Ao perceber as classes sociais como construção sociocultural, desde a influência emocional e efetiva da socialização familiar, abrimos um caminho que esclarece nosso comportamento real e prático no dia a dia como nenhuma outra variável (SOUZA, 2017b, p. 14).

O plano sociocultural é, talvez, nosso mais importante ponto de análise, porque os espoliados precisam estar convencidos de que a dominação que os oprime é para o seu próprio bem, do contrário, não se conformariam em serem explorados. Jessé (2016c) é incisivo ao dizer que “a política é uma mistura de aspectos racionais e irracionais – com estes últimos muitas vezes predominando sobre os primeiros” (p. 14), neste sentido, o autor esclarece que a elite do dinheiro comanda, mas não o faz sem a ajuda de outras elites, com destaque para a elite da religião e da ciência.

A religião e a ciência têm se destacado como os mais fortes aparelhos ideológicos, ferramentas de controle e disciplina, reguladores das subjetividades. A primeira diz o que é certo e o que é errado, e a segunda, o que é verdadeiro e o que é falso; as duas juntas, fazem a justificação do privilégio injusto.

Esta posição especial mostra que o mundo moderno ou o capitalismo – como quer que se queira denominá-lo – passa a possuir uma elite que comanda as outras elites e, desse modo, comanda também o imaginário social tido por todos como legítimo. A elite do dinheiro é a “verdadeira elite” por conta do simples fato de poder comprar todas as outras elites que exercem influência variada na sociedade. [...] A elite do dinheiro tende não só a legitimar sua própria atividade de forma que nenhuma outra atividade logrou conseguir; ela também cria uma “ordem legal” e um “discurso político-social que permite silenciar o que não pode ser visto [...]” (SOUZA, 2016b, p. 22-27).

Seguramente, os pobres são os que mais sofrem os efeitos das lutas políticas que se dão no plano sociocultural, no intelectual e no jurídico, porque são eles que dependem do Estado, da gratuidade da saúde, da educação, da justiça, entre outros. Contudo, estes campos são ocupados por outra classe social, que não é o polo subordinado, no mínimo, são trabalhadores da classe média que operam os setores públicos, acontece, que a classe média reproduz a ideologia da elite do dinheiro, e, particularmente, sente horror à ralé (SOUZA, 2017a; 2016a; 2009). A ralé brasileira além de não ocupar espaços de poder, tem pouca capacidade para se articular, são pessoas que mal têm acesso à educação formal.

Partindo desta análise histórica sobre a sociedade brasileira, ressaltando seu poder de opressão e capacidade de violência, entendemos que os conflitos da luta de classes se estendem às minorias sociais, nas violências de gênero (homofobia, misoginia), de raça (racismo), de religião (intolerância), entre outras. Se refletirmos bem, chegaremos à conclusão de que para que possa haver uma sociedade de classes, é indispensável que haja desigualdade, injustiças sociais, porque o capitalismo precisa da miséria (COIMBRA, 2001), logo, a opressão e o sofrimento não são acidentes de percurso do MCP, antes, lhe são condições *sinequa non* de existência.

Recentemente, na campanha para as eleições presidenciais de 2018, ouvimos o atual presidente, Jair Messias Bolsonaro, defender a tortura durante o regime militar e desprezar as reivindicações por igualdade sexual e racial. A Revista Isto é (2018) destacou algumas frases icônicas de Bolsonaro: “O erro da ditadura foi torturar e não matar”; “Deus acima de tudo. Não tem essa historinha de Estado laico, não. O Estado é cristão e a minoria que for contra que se mude. As minorias têm que se curvar para as majorias”.

O impedimento da continuidade do mandato de Dilma Rousseff como presidente da República Federativa do Brasil em 2016 e a posterior vitória eleitoral de Bolsonaro em 2018, são criteriosamente analisados por Jessé Souza (2016a), que caracteriza esses eventos como uma reação contrária à ascensão social das classes populares, visto que o governo do Partido dos Trabalhadores (PT) se dedicou às políticas redistributivas elaborando programas sociais de transferência de renda, por exemplo, o Bolsa Família:

No Brasil, todas as instituições – e não apenas a justiça – foram moldadas pela escravidão. [...] A economia, a política e a justiça estavam nas mãos dos grandes senhores. Valia a lei do mais forte, a lei do mais rico, que é até hoje a verdadeira lei do Brasil. [...]. Vigora a mesma lei no Brasil atual, com uma elite sem projeto para o país [...]. Nunca houve verdadeiro aprendizado dessas nossas elites espoliadoras. Existe um vínculo de continuidade real e institucionalizado que faz com que qualquer tentativa – mesmo parcial e frágil, como as que ocorreram até agora – de romper nosso apartheid de classes desemboque em golpes de Estado e reação violenta das elites da rapina selvagem (SOUZA, 2016b, p. 42).

Em matéria do jornal El País (DINIZ; CARINO, 2019), o Brasil foi apontado juntamente com a Colômbia como o país onde os defensores dos direitos humanos mais correm risco de morte. As autoras da matéria criticam o regime de governo reacionário, engajado numa política de morte às minorias. As pessoas em sofrimento psíquico compõem essas minorias sociais a serem disciplinadas, controladas, e, quiçá, mortas. Os hospitais onde são postos os “loucos”, “alienados mentais”, desde seu nascimento, com a psiquiatria

pineliana (PINEL, 2007) têm se constituído como um espaço onde é “reclusa toda a sorte de marginalizados, pervertidos, miseráveis, delinquentes e, dentre eles, os loucos [...] espaço de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão” (AMARANTE, 1996, p. 40).

A saúde mental sempre foi julgada por um prisma moral, se uma pessoa não segue o ditame social, logo se diz que “enlouqueceu”. Daniela Arbex (2013), ao recuperar dados dos sujeitos internados no Hospital Colônia de Barbacena/MG, o maior hospício brasileiro, relata que eles compartilhavam da característica de não agradar a classe social dominante, este era o padrão para a internação. “Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder” (BRUM, 2013, p. 12-13). Arbex (2013) denuncia os maus-tratos sofridos pelos pacientes do Hospital Colônia.

Ao longo do funcionamento do hospício, que foi inaugurado em 1903 e fechado só nos anos de 1980, foram registradas pelo menos 60 mil mortes, sendo que a gestão chegou a arrecadar mais de 600 mil reais com a venda dos corpos tidos como indigentes. Em 1979, ao visitar o local, Franco Basaglia, principal nome da Reforma Psiquiátrica italiana comparou o Hospital Colônia aos campos de concentração nazistas, porque era um verdadeiro campo de extermínio para aqueles que não se adequavam aos padrões normativos da época e não atendiam aos interesses políticos da classe dominante (BRUM, 2013). Oportunamente, Arbex (2013) intitulou seu livro de “Holocausto Brasileiro”.

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida (BRUM, 2013, p. 14).

É pela construção cultural das classes, mais propriamente da ralé (SOUZA, 2009), que encontramos uma explicação plausível para o holocausto brasileiro, a invisibilidade dessas pessoas foi legitimada, justificada, racional e irracionalmente. A manutenção da classe

dominante no poder não se dá sem violência, e, logicamente, é preciso haver uma justificativa bem construída em torno disso. Os processos correccionais do comportamento, desde o século XVIII, com Pinel (2007), têm sido apresentados como tratamentos terapêuticos, práticas psiquiátricas necessárias ante a periculosidade do louco e sua falta de razão e de controle, que o põem em risco de fazer mal a si mesmo e aos outros. “Proteger, vigiar, educar e socializar, amansar e adestrar, promover, adaptar e incluir, de certa forma, a educação social e o tratamento institucional do comportamento parecem se alinhar na direção da normalização dos indivíduos” (BENELLI, 2014a, p. 22).

Foucault (2006) ao teorizar sobre a genealogia do poder e a ética e estética de si, traz reflexões preciosas para problematizarmos as práticas de saúde como meios de se garantir a governa(r)mentalidade da população. Este autor concebe o corpo como um objeto discursivo que possui uma realidade anátomo-política regulada pelo biopoder, poder que “centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos” (FOUCAULT, 2006b, p. 151).

Hardt e Negri (2001, p. 43), afirmam que o biopoder “regula a vida social por dentro, acompanhando-a, interpretando-a, absorvendo-a e articulando”. Nas formações sociais capitalistas, a subjetividade dos indivíduos passou a ser normatizada, disciplinadas conforme os interesses econômicos, o biopoder atua a fim de formar corpos dóceis e úteis ao Mercado.

[...] houve um investimento de poder sobre o indivíduo moderno, caracterizado pela vigilância, pelo controle sobre suas atividades e pela sua normalização. Estas técnicas de disciplinarização dos corpos tomaram o homem enquanto objeto, ou seja, houve um processo de objetivação para transformá-lo em um cidadão útil (CHRISTIANO, 2010, p. 29).

Cumprir dizer que a normalização do comportamento, a fim de que o sujeito se enquadre na ideologia dominante, neoliberalista, se inicia bem cedo. Benelli (2014a) destaca que houve uma construção social das categorias criança e adolescente, baseada sobretudo na Psicologia, que, pela definição do que é normal ou anormal tem garantido seu lugar de saber-poder no campo da infância e da adolescência. “Há um importante plano jurídico e legal instituindo a realidade social de crianças e adolescentes, inclusive produzindo todo um aparato institucional composto por leis, por estabelecimentos e por práticas sociais” (p. 19).

À revelia da Constituição (BRASIL, 1988), o fato do Estado do bem-estar social ter que se responsabilizar pela saúde dos pobres, além de ter que promover-lhes seguridade social,

nunca foi aceito de bom grado pela elite dominante e por seus numerosos representantes. Neste sentido, as políticas de Saúde e de Assistência Social, apresentadas no discurso universal como formas de cuidado e de proteção, no particular, nas contradições entre o que se diz e o que se faz, nas lacunas discursivas e nos seus efeitos, ao invés de visarem ao protagonismo subjetivo e à emancipação social, se realizam em práticas que perpetuam a disciplina e o controle, a violência e a exclusão¹⁵.

A gênese dos processos sociais quase sempre é deixada na obscuridade. Sem consciência de classe, como se poderia atender aos interesses do polo subordinado na produção social da Saúde e da cidadania? Não é possível conciliar interesses tão contraditórios quanto os do polo social dominante e do polo social subordinado na luta de classes, por isso, historicamente, as políticas da Assistência Social que se destinam a dar pão e circo para os pobres, longe de serem produtos do protagonismo coletivo, têm sido norteadas pelos paradigmas da Caridade, da Promoção Humana, da Filantropia e do Clientelismo do poder público (BENELLI, 2014a) e não pelo Paradigma do Sujeito Cidadão de Direitos (BENELLI, 2014a).

O capitalismo é astuto ao ponto de dar antes que se peça, ou melhor, dar para que não se peça; respondendo às demandas ainda não articuladas por meio de respostas sob a forma de encomendas institucionais assepsiadas por meio de concessões tácitas. Souza e Prado Filho (2008) argumentam que “um outro discurso de afirmação da cidadania vem sendo produzido como produto de consumo para a população. Reproduz-se um modelo de estética cidadã descomprometida com suas responsabilidades éticas e políticas” (p. 169).

Pretende-se criar a figura do sujeito de direitos sem a contrapartida da sua implicação sociocultural, ou seja, consumidor e não cidadão, como se fosse possível conjugar cidadania com alienação e, sobretudo, com pobreza. Questões primordiais sobre o modo de produção dos estabelecimentos institucionais da Assistência Social referente à produção de subjetividades alienadas e capitalizadas têm sido trazidas por Benelli (2009; 2013; 2014a; 2014b; 2016a; 2016b).

Assistência Social como política pública de dever do Estado e de direito do cidadão,

¹⁵ Sob a gestão do atual (des)governo Bolsonaro, além das áreas do desmonte e do sucateamento da Saúde, da Previdência e da Assistência Social, o campo da Educação pública vem sendo palco de lutas acirradas, com propostas de militarização das escolas, da inserção de policiais nos estabelecimentos educacionais, de patrulhamento e monitoramento das universidades públicas e a bandeira da “Escola sem partido”. Em todos esses contextos institucionais, problemas homólogos são produzidos e repetidos, nos planos financeiros, teórico-conceituais, técnicos, jurídicos-políticos e éticos.

não se pode deixar de considerar que ela representa, sobretudo, uma concessão estratégica do Estado por meio da qual se procura gerenciar as refrações diversas do problema social, recortando-o em diversos segmentos aos quais se fornecem serviços, projetos, programas e benefícios, mas de modo focalizado e predominantemente paliativo, sem jamais problematizar as causas estruturais que produzem esses problemas sociais. O discurso oficial da Assistência Social é profundamente lacunar, parecendo visar mais a produzir efeitos simbólicos que deem legitimidade ao Estado e ao governo do que a incidir concreta e eficazmente na transformação da realidade (BENELLI; COSTA-ROSA, 2013, p. 288).

É neste cenário, entre as disputas da luta de classes, que a Reforma Psiquiátrica brasileira tem seus embates, avanços e retrocessos. É indispensável para nós que se faça esse trajeto histórico para que possamos desenvolver nossos argumentos sobre os entraves da produção social da saúde, insistindo na tese central de Costa-Rosa (2013f) de que o MCP precisa ser criticado e subvertido, para que a Saúde, como sinônimo de singularização e solidariedade social, possa ser produzida. Neste tópico, nosso intuito é esmiuçar essa relação opaca entre o capitalismo e as práticas de atenção à saúde mental no Brasil, contextualizando-as à luta de classes.

As classes sociais e seu estudo são fundamentais, posto que permitem esclarecer o segredo mais bem guardado das sociedades modernas: o fato de que elas não são “sociedades de indivíduos” que lutam em condições de igualdade de oportunidades, mas sim sociedades que perpetuam privilégios injustos, pela reprodução, desde o berço, dos privilégios de classe (SOUZA, 2016, p. 57).

Pelo prisma da reconstrução do conceito de classe social proposto por Souza (2016), incluímos a dita “loucura” nas semânticas da miséria, ou seja, incluímos definitivamente os chamados “loucos” na classe social subordinada, pois as injustiças sociais não são apenas econômicas, outrossim, a ralé não é formada apenas pelos pobres. Pretendemos demonstrar que a RPB não pôde superar o funcionamento escravagista da sociedade, a hierarquia cultural que transforma o “louco” em animal, às vezes digno de piedade e amor, mas, nunca, de autonomia.

As Políticas Públicas de Saúde, Assistência Social, Educação, Habitação, Trabalho, entre outras, mesmo as mais inclusivas, progressistas ou humanitárias, são atravessadas pela ideologia, pelas hierarquias culturais, logo, bem sabemos que a imparcialidade e a impessoalidade da Justiça submergem ante o instituído social dominante, ou seja, as ações dos operadores do Legislativo, Executivo e Judiciário correspondem à ideologia na qual foram formados, o que também acontece com os trabalhadores dos estabelecimentos públicos e com a população, em geral.

Entraves socioculturais para a consolidação da atenção psicossocial no Oeste paulista

No âmbito do regional de saúde do DRS XI estão inseridos 45 municípios divididos em 05 Comissões Intergestores de Região de Saúde (CIR): 1) Região de Saúde da Alta Sorocabana; 2) Região de Saúde da Alta Paulista; 3) Região de Saúde do Alto Capivari; 4) Região de Saúde do Extremo Oeste Paulista; e 5) Região de Saúde do Pontal do Paranapanema. Os resultados do Censo foram sistematizados por Departamento Regional de Saúde, ao todo são 17 DRS no Estado, e discutidos no livro “Caminhos para a Desinstitucionalização no Estado de São Paulo – Censo Psicossocial 2014” (CAYRES et. al., 2015).

Para Amarante (2007) a RPb foi influenciada por linhas de referências bastante heterogêneas divididas basicamente em três grupos cujos objetivos apresentam diferenças essenciais : 1) reformulação da gestão do hospital psiquiátrico e suas técnicas de tratamento, como a Comunidade Terapêutica (Maxwell Jones) e a Psicoterapia Institucional (François Tosquelles e Jean Oury); 2) desmontagem do modelo hospitalar, com a criação de serviços substitutivos, com a Psiquiatria de Setor (LucienBonnafé) e a Psiquiatria Preventiva ou Saúde Mental Comunitária (Gerald Caplan); e 3) crítica radical ao funcionamento hospitalar, sendo que os hospitais deveriam ser extintos, objetivos da Antipsiquiatria (Ronald Laing e David Cooper) e da Psiquiatria Democrática Italiana (Franco Basaglia).

Costa-Rosa (2013b) observa que a diversidade dos movimentos de Reforma Psiquiátrica “se estende desde mudanças cosméticas no Manicômio e sua lógica, até propostas de desospitalização, de desinstitucionalização, e de total extinção dos manicômios” (p. 12). Cayres, Ribeiro, Elias e Coutinho (2015b) concordaram que a indefinição do plano teórico-conceitual em que se ergueu a RPb poderia torná-la frágil.

Ressalte-se que, apesar de se contraporem à prática psiquiátrica tradicional, essas linhas operam em caráter mais de coexistência do que de ruptura com o saber e o poder psiquiátricos, os quais, por sua vez, sempre se preservam, apesar de sofrerem “modernizações” [...]. O trabalho em saúde mental, predominantemente realizado em equipe e com foco na multidisciplinaridade, atualmente envolve uma prática mista que adota como referência a psiquiatria clássica (com o uso de psicoativos e com internações mais curtas) mesclada às técnicas das psiquiatrias reformistas (PORTOCARRERO, 1990; CAYRES, 2008). Essa heterogeneidade muitas vezes gera confrontos, polêmicas, resistências e falta de consenso e decisão. O que pode tornar moroso qualquer processo de mudança (CAYRES et. al., 2015b, p. 16-17).

É importante considerar que a RPb, como um aglomerado de referenciais, muitas vezes controversos entre si, não teve tanta clareza paradigmática, gerando dúvidas quanto aos seus objetivos e quanto aos meios para atingi-los. Cada paradigma, tido como um conjunto de saberes e de práticas, com princípios teóricos, técnicos e éticos, se aparelha com um ideário ético-político específico, e, conseqüentemente, resulta num modo de produção determinado, num modo determinado de se compreender o que é a saúde e de se definir quais as maneiras de tratá-la no âmbito público.

Identificar qual é o paradigma operante é primordial, tanto para ter uma leitura mais complexa da realidade, quanto para traçar as estratégias para se ocupar as brechas do paradigma instituído: amplificar as lacunas discursivas, questionar os enunciados dos discursos que se pretendem completos e apontar para as contradições, potencializando as pulsações instituintes.

É preciso ter em conta que as definições que interessam à Atenção Psicossocial, e mesmo a avaliação das situações novas ou indefinidas, só podem vir da clareza paradigmática. Sem uma definição clara da concepção do processo de produção saúde-adoecimento e da Atenção que sirva de bússola, dificilmente se saberá aonde ir e como (COSTA-ROSA, 2013e, p. 142).

Se o paradigma for o PPHM, não se almeja romper com o mandato social da Psiquiatria, mas apenas moderá-lo (COSTA-ROSA, 2013b), modernizá-lo. É possível, por exemplo, admitir que os hospitais psiquiátricos continuem sendo cotados como locais de tratamento, pontos da RAPS. Ora, se a RPb visou retirar as pessoas em sofrimento psíquico intenso das situações de asilamento e exclusão social, como podem os hospitais psiquiátricos serem locais de tratamento psicossocial?

Um dos objetivos da RAPS não é garantir a integralidade do cuidado no Território? Vale a pena transcrever a legislação, onde ao descrever as Estratégias de Desinstitucionalização, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) justifica a permanência do hospital psiquiátrico como local de tratamento:

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. § 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente (BRASIL, 2011a).

Não apenas o plano teórico-técnico, mas também o discurso jurídico-político da RPb deu margem para muitas ambiguidades, embora o fechamento dos hospitais psiquiátricos fosse considerado urgente para a transição paradigmática em direção à atenção psicossocial, o termo “extinção dos manicômios”, foi retirado do Projeto de Lei redigido em 1989 por Paulo Delgado, que só em 2001, depois de tramitar por longos 12 anos no Senado, com vários vetos e emendas, foi transformado na Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001).

Passadas três décadas dos primeiros movimentos de RPb, registrados nos anos de 1970, e passada uma década da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), já dadas as regulamentações necessárias para a implantação dos estabelecimentos psicossociais comunitário, Delgado avaliou que: “10 anos depois, se a lei se consolidou e se legitimou, através da implantação real de boa parte dos seus mandamentos, o embate ideológico e de modelos de atenção persiste e a agenda política de defesa dos princípios da lei permanece atual” (DELGADO, 2011, p. 119).

É um erro fatal acreditarmos que a RPb foi bem-sucedida, pois, no cotidiano de trabalho, presenciamos situações que são verdadeiras aberrações, ou, falando mais claramente, situações que caracterizam crimes contra os direitos humanos e contra a democracia: internações involuntárias realizadas como primeira opção de tratamento, crianças afastadas da escola devido ao diagnóstico de “transtorno mental”, moradores dos hospitais psiquiátricos que tiveram seus dentes arrancados porque eram “agressivos”, e assim por diante...

Em 2008, foi realizado o primeiro Censo Psicossocial no estado de São Paulo (BARROS; BICHAFF, 2008), objetivando levantar dados e estatísticas sobre as pessoas que haviam se tornado moradoras dos hospitais psiquiátricos, para traçar estratégias de Desinstitucionalizaçã. São Paulo, na ocasião, detinha 6.3491 pessoas internadas há mais de um ano em hospitais psiquiátricos, que já podiam ser caracterizadas como moradoras (BARROS; BICHAFF, 2008).

Em 2010, foi realizada a Etapa Estadual – São Paulo – da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, denominada “Plenária Estadual de Saúde Mental Intersetorial de São Paulo” (BRASIL, 2010), cujo tema central foi “Saúde Mental: direito e compromisso de todos – consolidar avanços e enfrentar desafios”. Queremos destacar as importantes propostas no Eixo I – “Saúde Mental e Política de Estado: Pactuar caminhos intersetoriais”:

105) Garantir, de acordo com a política de saúde mental do Ministério da Saúde, a transferência dos pacientes moradores dos hospitais psiquiátricos para as residências terapêuticas assistidas, resguardando e adequando estes locais às necessidades específicas dos mesmos; 106) Aumentar o número de residências terapêuticas para contemplar mais usuários que necessitem de moradia, de acordo com Portaria do Ministério da Saúde; 107) Garantir a implantação de serviços residenciais terapêuticos nos municípios que ainda não contam com este dispositivo; 108) Elaboração e implantação de moradias assistidas, de caráter intersecretarial – parceria com Secretaria Municipal da Saúde - SMS e Secretaria da Habitação – para todos os moradores de hospitais psiquiátricos contabilizados no primeiro censo psicossocial realizado no Estado de São Paulo, assim como para usuários de serviços de saúde mental e ou com deficiência intelectual, sem suporte familiar, com quadros agravados pela falta de moradia. 109) Garantir a todos os moradores das residências terapêuticas o acesso ao Programa “De volta para Casa” (BRASIL, 2010, p. 51-52).

Em 2014, seis anos após o primeiro censo, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo encontrou 53 hospitais psiquiátricos em pleno funcionamento, e, pior, além das internações continuarem ocorrendo, ainda havia um grande contingente populacional de moradores, pessoas que estavam internadas há 20, 30 anos e até mais. A diferença no número de moradores entre os dados de 2008 e de 2014 deveu-se mais por causa de óbitos (18,4% do total do censo de 2008) do que por causa de transferências para a RAPS (11,6%), sendo que praticamente 70% da população permaneceu internada. Cayres, Ribeiro, Elias e Coutinho (2015) ressaltam que:

De lá para cá, houve pouco avanço nessa questão: o censo atual mostrou que ainda havia 4.439 pacientes morando nesses hospitais. Esse número atual de moradores já sinaliza as resistências e dificuldades em cumprir o que está assegurado por lei desde 2001 e preconizado pela política de saúde mental com a sua implantação (p. 13).

Ainda em 2012, os reveses da RPb em São Paulo tomaram os noticiários após denúncias de maus tratos e violação dos Direitos Humanos em hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba, os quais mantinham 2.700 pacientes internados. Foi preciso que o Ministério Público do Estado formalizasse com o Ministério Público Federal e os municípios um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) para que, em até 2015, todos os pacientes fossem transferidos para tratamentos de base territorial, inseridos na comunidade.

Em resposta ao TAC, foram fechados cinco hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba, contudo, somente uma parcela da população foi acolhida nos Serviços Residenciais Terapêuticos, a maioria foi transferida para outros hospitais psiquiátricos (CAYRES et. al., 2015). A transinstitucionalização denuncia a a tendência à inércia do plano sociocultural, ou seja, de manter as formas manicômias de assistência à saúde mental.

Gonçalves, Vieira e Delgado (2012) realizaram um levantamento sobre o gasto federal com o Programa de Saúde Mental do Brasil nos oito anos que sucederam a Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001). Apesar dos financiamentos das ações extra-hospitalares terem crescido, indo de 625 milhões de reais em 2006 para 1,35 bilhão de reais em 2009, os gastos com os hospitais psiquiátricos não tiveram decréscimos significativos, indo de 493 milhões em 2006 para 482 milhões em 2009.

Mesmo com a formalização da RAPS em 2011 (BRASIL, 2011a), os hospitais psiquiátricos continuaram sendo locais elegíveis para o tratamento dito psicossocial. Shimoguri e Périco (2014) concluem que: “A amplitude do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem sido reduzida a apenas um sinônimo de modernização das técnicas terapêuticas ou como humanização das características violentas dos manicômios” (p. 48).

A Reforma Psiquiátrica, segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (1990), deveria transformar a cultura, portanto, não era suficiente fechar os hospitais psiquiátricos, a desospitalização seria o primeiro passo de um caminho longo. Para os autores a RP deveria resultar na Desinstitucionalização, como uma lógica complexa capaz de prescindir do reducionismo manicomial para tratar o sujeito na sua existência-sofrimento, o que é o oposto de tratá-lo na dualidade normal-patológico.

“A ênfase não é mais no processo da cura, mas no projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 30). A prioridade deveria ser deslocada do individual para o social, para a Cultura. Nas palavras de Barros (1998, p. 191): “É necessário desconstruir não apenas as instituições manicomiais, mas também as ideias, as noções e os preconceitos que as acompanham e modelam, e que são parte do imaginário mesmo daqueles que, conscientemente, desejam destruí-la”.

Durante a atuação na RAPS da DRS XI, uma das preocupações que mais nos causava angústia era que para os trabalhadores da Saúde Mental e para a população, embora houvesse reconhecimento da importância da RPb, a crítica aos hospitais psiquiátricos não se punha como pressuposto básico da Atenção Psicossocial, pelo contrário, os hospitais psiquiátricos eram tidos como necessários e imprescindíveis, tanto que mediante instauração de Ação Civil Pública para o seu fechamento, houve intensa mobilização de trabalhadores e populares para que os hospitais se mantivessem ativos.

No imaginário social, no plano ideológico e sociocultural do interior paulista, os hospitais psiquiátricos ainda apareciam como solução de contingência para as crises, para os casos “graves” de sofrimento psíquico, e, sobretudo, para as demandas sociais vindas de uma

população marginalizada, abandonada pela família, pelo Estado e pela sociedade. É razoável acreditar que regimes de internação que se estendem por mais de um ano sejam formas humanizadas de assistência?

Será que a saúde destas pessoas melhora ou piora ao segregá-los do corpo social? É aceitável que os hospitais psiquiátricos sejam respostas para as vulnerabilidades sociais? Alguém pode ter realização pessoal morando num lugar onde não pode escolher a que horas deseja tomar banho, o que deseja comer, como deseja se vestir? O sofrimento psíquico é causa ou é efeito da precariedade social? Saúde mental e dignidade humana são palavras rivais? A quais interesses atendem os hospitais psiquiátricos funcionando como depósitos de miseráveis?

O censo de 2014 demonstra concretamente os prejuízos que internações de longo prazo provocam na vida dessas pessoas. Esses resultados estão relacionados a uma série de perdas: a de contato com seus familiares e pessoas próximas, a da autonomia e da própria individualidade, da cidadania, do direito de ir e vir, e de escolher e poder viver em outra condição que não a de morador de hospital de psiquiátrico (CAYRES, et. al., 2015c, p. 118).

O Censo Psicossocial realizado em 2014 no estado de São Paulo identificou que cerca de 70% dos moradores dos hospitais psiquiátricos estava internada há pelo menos 10 anos, pessoas que viveram um terço ou mais de suas vidas asiladas. Ressalta-se que a vulnerabilidade social não apareceu quando essas pessoas foram internadas, pois seus direitos de cidadão há muito tempo, ou melhor, desde sempre, vinham sendo violados.

Chama a atenção nos dois censos como a categoria denominada precariedade social, que não é um problema de saúde que possa indicar uma internação, esteja tão presente como um dos motivos para justificá-la. Ela aparece em 85,1% das respostas [...]. Em síntese, apesar de o transtorno mental ser considerado o motivo primário da internação, com o passar do tempo os sintomas do transtorno mental, tão somente, não justificam a manutenção do indivíduo internado em hospital psiquiátrico (CAYRES, et. al., 2015c, p. 116-118).

Sobre o nível de escolaridade daqueles que, em 2014, estavam internados há mais de um ano nos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo, 66,7% não eram alfabetizadas, 7,7% sabiam escrever apenas o próprio nome e pouco menos de 25% possuía algum tipo de educação formal (CAYRES et. al., 2015c). As oportunidades de educação ao longo da vida, estão diretamente relacionadas com os índices de saúde (IBGE, 2015).

As estatísticas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada nos anos de

2014 e 2015 e publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – no ano de 2016 mostraram que os trabalhadores com ensino superior tiveram rendimento médio mensal quase três vezes maior do que os trabalhadores com ensino médio, e cerca de seis vezes maior do que os trabalhadores sem instrução. O acesso à educação é determinante para o acesso ao mercado de trabalho, e, por conseguinte à saúde (IBGE, 2016)

Dos 45 municípios componentes da DRS XI, apenas Presidente Prudente e Pirapozinho tinham hospitais psiquiátricos, em Pirapozinho funcionava o Hospital Santa Maria, e em Presidente Prudente, Hospital Allan Kardec, Hospital São João e Hospital Bezerra de Menezes. No ano de 2013, os hospitais psiquiátricos de Presidente Prudente recebiam verbas públicas mensais correspondentes a R\$ 132.624,98, para o Hospital Allan Kardec; R\$ 306.438,84, para o Hospital Bezerra de Menezes; e R\$ 224.617,19, para o Hospital São João.

Os hospitais psiquiátricos passaram a receber do Estado um complemento de R\$ 57,00 por diária, e o Hospital Allan Kardec passou a receber do Município R\$ 50.000,00 por mês (BRASIL, 2016a), valores arbitrados judicialmente, pagos durante os anos de 2014 e 2015, conforme decisão liminar da Ação Civil Pública proferida pelo Dr. Flademir Jerônimo Belinati Martins, Juiz Federal, em 06 de dezembro de 2013:

Seja o município de Presidente Prudente compelido a conceder uma subvenção financeira complementar ao que já repassam a União e o Estado de São Paulo, ao Hospital Filantrópico Allan Kardec, no valor mínimo mensal de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), uma vez que a aludida Unidade de Saúde atua no território prestando serviços equivalentes ao CAPS III, de responsabilidade do município e até hoje não implantado, atendendo prioritariamente pacientes de Presidente Prudente, considerando que a complementação de custeio é necessária para a continuidade dos atendimentos prestados (BRASIL, 2016a, p. 94).

A situação de precariedade social apareceu como justificativa para a manutenção e o aumento dos repasses de verbas públicas para os hospitais psiquiátricos do DRS XI ao longo dos anos de 2014 e 2015:

Há que se ponderar, ainda, a existência de um contingente de pacientes portadores de distúrbios mentais variados que permanecem em hospitais psiquiátricos por longos períodos, fora do quadro agudo. Tais pacientes teriam condições de se beneficiarem de um tratamento extra-hospitalar. Porém, constata-se um uso do hospital como moradia devido à falta de condições sociais, afetivas e/ou financeiras (BRASIL, 2016a, p. 95).

Nota-se que a somatória de mais de setecentos mil reais gastos mensalmente com os

hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2016a) seria suficiente para manter mais componentes da Atenção Psicossocial Estratégica – CAPS, da Atenção Residencial de Caráter Transitório – Unidades de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial – e da Estratégias de Desinstitucionalização – Serviços Residenciais Terapêuticos.

Presidente Prudente foi um dos regionais em que a população de moradores em vez de ter diminuído aumentou, de 173 para 187, entre os anos de 2008 e 2014. Outro indicador das dificuldades encontradas para Atenção Psicossocial no DRS XI foi quantos ao pequeno número de CAPS: em 2008 a região contava com somente 5 CAPS, no período entre 2008 e 2014 foram implantados 4 CAPS. Até a segunda edição do Censo, o DRS XI possuía somente 9 CAPS para atender 722.192 habitantes e nenhuma Residência Terapêutica (CAYRES, et. al., 2015a).

De acordo com os dados do Datasus a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos no DRS XI entre os anos de 2008 e 2014 foi inexpressiva – 10 leitos foram fechados: o Hospital Santa Maria manteve os 59 leitos ativos; o Hospital Allan Kardec, 103 leitos; o Hospital São João, 236; e o Hospital Bezerra de Menezes reduziu a quantidade de vagas de 250 para 240 (CAYRES, et. al., 2015a). Em 2008, do total de 648 leitos, 554 eram para internações via SUS (85,49%), em 2014, do total de 638 leitos, 569 eram para internações via SUS (89,18%) – nota-se que a quantidade de leitos SUS em vez de ter diminuído, a despeito da Lei 3.088/2011, aumentou em 15 vagas. Chama a atenção que os hospitais psiquiátricos se mantinham essencialmente com dinheiro público!

Da segunda edição do censo em 2014 até outubro de 2020, no DRS XI, foram implantados mais 8 CAPS e 9 Residências Terapêuticas, o que se deu devido ao fechamento de três hospitais, o Santa Maria em 2015, o Allan Kardec e o São João em 2016. O Hospital Bezerra de Menezes fechou 31,2% dos leitos, mas ainda mantém 172 leitos para internação. Do total de 187 moradores, 88 foram transferidos para as residências, 14 foram transhospitalizados, 26 permanecem no Hospital Bezerra de Menezes, e os demais faleceram.

Trabalhando no Censo Psicossocial no Oeste paulista, ficou evidente o quanto a cultura conservadora da região, coronelista e intolerante às diferenças, é responsável pelos atrasos na Atenção Psicossocial. O DRS XI além de não tem avançado quanto ao fechamento de leitos, também apresentou a maior concentração de interdição civil no estado de São Paulo: 81,2% dos moradores eram interditados (CAYRES, et. al., 2015d).

Os processos de interdição e curatela se prolongam por anos, sem nenhuma previsão de serem revertidos. Para Barros e Bichaff (2008), “estas evidências sugerem a necessidade de

revisão das ações relacionadas à interdição e curatela dos moradores em hospitais psiquiátricos, com vistas a reverter o processo de institucionalização que fica afeito à progressiva perda de cidadania” (p. 93). O Projeto de Lei Federal n. 2.439 de 2007 (BRASIL, 2008), que dispunha sobre a obrigatoriedade de revisões periódicas das interdições judiciais, tramitou entre a Câmara dos Deputados e o Senado Federal por sete anos, até ser arquivado, em 2014, ao final da legislatura.

Somente em 2016, quando a Lei Brasileira da Inclusão – Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) entrou em vigor, a interdição das pessoas com “transtorno mental” foi extinta, e a curatela, como medida excepcional, passou a depender de uma comprovação de deficiência ou doença mental grave que coloque o sujeito em estado de vulnerabilidade extrema, a ser atestada não apenas pelo médico, mas por uma equipe multiprofissional¹⁶.

Os significantes “alienado” e “louco” quando foram incorporados da psiquiatria pineliana pelos diversos manuais médicos vincularam a “loucura”, a “doença mental”, à incapacidade para a vida social. “Essa vinculação excluiu o louco do pacto social, visto que um sujeito alienado é considerado incapaz de tomar decisões e responder por seus atos. Com isso, o sujeito considerado doente mental perde seu status de cidadão” (CAYRES et. al., 2015d, p. 58).

Justificada pela incapacidade do sujeito em sofrimento psíquico intenso para decidir sobre a própria vida, a judicialização da Saúde tem se tornado um fenômeno expressivo na atualidade: “O aumento do número de internações compulsórias reforça a necessidade de que sejam estabelecidas parcerias com a Justiça e o Ministério Público no intuito de melhor acompanhar e revisar as internações sob essas condições” (CAYRES et. al., 2015c, p. 116).

Em 2014, 61% do total das internações dos moradores dos hospitais psiquiátricos correspondia às internações involuntárias, 10% às internações compulsórias, 12% às internações voluntárias e em 17% dos prontuários não continha esta informação (CAYRES et. al., 2015c). O entendimento e o respeito às pessoas em sofrimento psíquico intenso como Sujeitos Cidadãos de Direitos não estão consolidados e a desarticulação dos movimentos sociais que deram sustentação à RPb fez com que as décadas posteriores aos anos de 1970 e 1980 trouxessem poucas aspirações de revolução social no campo da Saúde Pública.

¹⁶ O Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) criou a tomada de decisão apoiada, medida que inexistia no ordenamento jurídico brasileiro. Diferente das intervenções conhecidas até então, a tomada de decisão apoiada não restringe o exercício de direito do deficiente, tratando-se apenas de uma salvaguarda para situações pontuais, principalmente em casos que necessite contratar, negociar ou acordar com terceiros.

A compreensão da cidadania e das obrigações sociais do Estado, tal qual a compreensão da saúde, sofrem interpelação da ideologia dominante – capitalista (SOUZA; PRADO FILHO, 2008; LEITE; ARAGÃO, 2010). Se existe um ideal de saúde que interessa ao Capital, é a saúde privatizada, portanto, as vidas das pessoas que dependem das Políticas Públicas de Saúde e de Assistência Social não importam.

Os moradores dos hospitais psiquiátricos não tinham rede contratual familiar ou comunitária que lhes facilitasse a desospitalização, por isso dependiam de estratégias diferenciadas de Desinstitucionalização, do contrário, permaneceriam sem os direitos fundamentais de todo ser humano: direito à vida, à privacidade, à igualdade e à liberdade, citados na Constituição Cidadã (BRASIL, 1988).

O texto da Lei da Reforma Psiquiátrica diz que: “o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (BRASIL, 2001). Nesta direção, a RAPS conta com o componente Estratégias de Desinstitucionalização, constituído pelo Programa de Desinstitucionalização (BRASIL, 2014), Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2003) e Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2011b).

O Programa de Desinstitucionalização (BRASIL, 2014) prevê o financiamento de equipes multiprofissionais para trabalhar exclusivamente nos processos de transferência dos moradores dos hospitais psiquiátricos para os estabelecimentos institucionais da RAPS. O Programa de Volta para Casa foi instituído pela Lei 10.708/2003 (BRASIL, 2003), o beneficiário precisa ser egresso de internações de longa permanência, por mais de dois anos ininterruptos; mensalmente é pago o auxílio reabilitação, de caráter indenizatório, para essas pessoas. Os Serviços Residenciais Terapêuticos são casas inseridas na comunidade que visam à reinserção social dos egressos de internações de longa permanência que necessitam de acompanhamento, é uma moradia assistida (BRASIL, 2011b).

Em 2008, havia, no Estado de São Paulo, cerca de 5.100 pessoas que poderiam se beneficiar do auxílio reabilitação, contudo, havia apenas 1.122 beneficiários (BARROS; BICHAFF, 2008). Em 2014, o Estado contava com 3.876 moradores internados há mais de dois anos que poderiam ser beneficiados, mas destes, só 1.328 estavam cadastrados (CAYRES, et. al. 2015d). Para que os egressos das internações possam receber o auxílio reabilitação, seu município de residência precisa estar habilitado junto ao Ministério da Saúde, e, dentre outras exigências, dispor uma Referência Técnica para realizar o

acompanhamento e monitoramento do Programa de Volta para Casa.

Além das intempéries já esperadas durante um processo de desospitalização, haja vista a complexidade deste, no DRS XI, há ainda agravantes de ordem política-administrativa, por exemplo, em consulta à Coordenação de Saúde Mental de Presidente Prudente, soubemos que desde 2003 o município está inscrito no Programa de Volta para Casa, no entanto, apenas em meados de 2015 iniciaram-se os cadastramentos, sendo que a inclusão dos sujeitos no programa ficou a cargo dos seus curadores e tutores, sem interferência da coordenação de Saúde Mental do município ou do DRS, o que evidencia a omissão e o completo descomprometimento destes órgãos com a desinstitucionalização.

Além do auxílio reabilitação, outra possível fonte de renda seria o Benefício de Prestação Continuada (BPC), garantido pela Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 1990) aos sujeitos em sofrimento psíquico intenso que comprovadamente não ter meios de prover a própria subsistência e cujas famílias também não tenham condições de garantir seu sustento. Quando pensamos na consolidação da atenção psicossocial, é crucial pensarmos em medidas de combate à pobreza e à exclusão. Ter recursos econômicos mínimos para sobreviver, ter onde morar e o que comer é indispensável para se ter saúde, tanto física quanto mental.

No componente Estratégias de Desinstitucionalização, se destaca o Serviço Residencial Terapêutico (BRASIL, 2011b), essencial para viabilizar o fechamento de leitos em instituições de caráter asilar, pois quase sempre a Residência Terapêutica (RT) é a única alternativa para a desospitalização, sua função é “Acolher, em ambiente residencial, um grupo de pessoas egressas de longas internações, favorecendo-lhes a retomada da gestão do cotidiano e de novos projetos de vida, a partir do apoio de profissionais e de outros pontos de atenção” (BRASIL, 2017, p. 20).

De acordo com Cavalcanti, Lovisi e Pinto (2005): “As residências se constituem como espaços de habitação e de reconstrução de laços sociais e afetivos para as pessoas que se encontravam confinadas nos hospitais psiquiátricos” (p. 32). Em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) feita em novembro de 2014 pela equipe do Censo Psicossocial, se constatou que o estado de São Paulo contava com 158 RTs, com capacidade de acolher 1.264 moradores (CAYRES et. al., 2015d), no entanto, levando-se em consideração que o número de moradores de hospitais psiquiátricos era de 4.439 pessoas e cada RT poderia abrigar cerca de 8 pessoas, a quantidade de RTs precisava ser de mais ou menos 555 casas. Ao terminar o censo de 2014, a Secretaria de Estado da Saúde concluiu que:

O primeiro censo levantou 6.3491 pacientes em hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo, dos quais a maioria estava em condição de partir para a ressocialização (BARROS e BICHAFF, 2008), morando em residências terapêuticas (RT) e seguindo o tratamento, quando necessário, nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), visto que a possibilidade de se libertarem de uma internação tão duradoura no contexto hospitalar se dá justamente após a alta (CAYRES et. al., 2015b, p. 12).

Presidente Prudente, em 2014, necessitava de 23 RTs para onde pudessem ser transferidos os 187 moradores dos hospitais psiquiátricos, entretanto, não possuía nenhuma, embora tivesse condições de subsidiar esse tipo de estabelecimento, visto que a RAPS estava minimamente construída, contando com estabelecimentos territoriais de atenção à saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em diferentes modalidades (CAYRES et. al., 2015d).

De início, para abordar os inúmeros desafios da Reforma Psiquiátrica na região, cabe salientar que o processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos no DRS XI não se iniciou em virtude de mobilizações populares ou de trabalhadores da Saúde Mental, tampouco da boa-fé dos agentes públicos da gestão municipal e estadual em fazer cumprir a Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2011) e a Lei 3.088/2011 (BRASIL, 2011). Em dezembro de 2013, o Ministério Público Federal, o Ministério Público Estadual e a Defensoria Pública moveram a Ação Civil Pública Nº 0008750-12.2013.403.6112, que determinou que, a partir do início do ano de 2014, tanto o Estado de São Paulo, quanto o município de Presidente Prudente, dessem início ao processo de desinternação dos moradores dos hospitais psiquiátricos. Vejamos trecho da decisão liminar proferida pelo Dr. Flademir Jerônimo Belinati Martins, Juiz Federal, em 2013, acerca da necessidade de intervenção do Poder Judiciário na Saúde Mental de Presidente Prudente:

Ora, passados quase quinze anos do advento da Lei, a situação de assistência em saúde mental ainda era, no âmbito da Subseção Judiciária de Presidente Prudente, realizada quase que exclusivamente por meio da internação psiquiátrica, o que demonstra a absoluta necessidade da intervenção do Judiciário e dos legitimados autores (Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual e Defensoria Pública Estadual) na defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos, visando ao cumprimento de obrigação já imposta em Lei. Assim, houve a necessidade de instauração de inquérito (apenso) e posterior ajuizamento desta ação civil pública para implementar e dar total cumprimento ao novo modelo de assistência em saúde mental, com a desospitalização dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos, com a implantação de toda a rede de atendimento psicossocial (BRASIL, 2016a, p. 98).

Em janeiro de 2015, foram implantadas as duas primeiras RTs do regional, no município

de Pirapozinho, para acolher 20 mulheres egressas do Hospital Santa Maria. Como condição para o fechamento de uma unidade psiquiátrica do Hospital São João, em Presidente Prudente, no ano de 2015, eram necessárias 6 RTs. As implantações das RTs desde seu início foram marcadas por sérios entraves, a começar porque o município não concordava com a transferência dos 60 moradores do Hospital São João, insistindo que somente 34 deles estavam aptos para sair do hospital; também houve dificuldade para alugar as casas, sendo que os moradores de um dos bairros onde funcionaria uma RT redigiram um abaixo-assinado, porque não queriam a RT naquele espaço (FONSECA, 2015).

Quando observamos esses cenários e os números disponíveis, é impossível não questionar sobre as dificuldades que levaram a uma expansão tão discreta das estratégias de desinstitucionalização, e principalmente das residências terapêuticas, equipamento, por excelência, criado para garantir a saída dos moradores dos hospitais psiquiátricos. É provável que inúmeros fatores estejam ligados às dificuldades de expansão das RTs, alguns deles de solução mais complexa, tal como cita o próprio manual do Ministério da Saúde: “A implantação de uma residência terapêutica exige pacto entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, vizinhança, rede social de apoio, e cuidadoso e delicado trabalho clínico com os futuros moradores” (BRASIL, 2004, p. 7). [...]. A tudo isso, deve-se acrescentar a retaguarda esperada da rede de atenção para dar conta dessa ação, com a indicação da equipe de saúde de referência e a garantia de acompanhamento em CAPS e/ou na atenção básica, ou mesmo em unidades de média e de alta complexidades, além de outros tratamentos médicos, diferente dos cuidados de saúde mental, visto que parcela significativa é de pessoas idosas que apresentam outras doenças, muitas delas crônicas e ligadas ao envelhecimento. Soma-se ainda a importância de inserir esse grupo em outras políticas intersetoriais que possam garantir recursos como ensino, emprego e geração de renda, cultura, dentre outros (CAYRES et. al., 2015d, p. 107-108).

No DRS XI as RTs foram terceirizadas e ficaram a cargo de Organizações Sociais. Em Presidente Prudente as RTs ficaram sob gestão do CIOP (Consórcio Intermunicipal do Oeste Paulista), e em Pirapozinho, da Associação Assistencial Adolpho Bezerra de Menezes. A privatização da Saúde, desde a Reforma Sanitária (MENDES, 2006; PAIM, 2007) tem sido apontada como um retrocesso no que concerne à gestão participativa e ao controle social no SUS. Na Etapa Estadual – São Paulo – da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, foi discutida a proposta “Coibir e rejeitar todas as formas de terceirização de serviços e programas de saúde mental” (BRASIL, 2010, p. 46); também foi redigida uma Moção de Repúdio endereçada para o Governo Estadual, manifestando oposição à transferência da gestão do SUS para as Organizações Sociais (BRASIL, 2010).

Ao visitar as RTs em Pirapozinho, no ano de 2015, encontrei trabalhando as mesmas pessoas, funcionários do Hospital Espírita Bezerra de Menezes, que, quando entrevistados por mim durante a realização do censo, foram incisivos ao defender a permanência dos moradores

nos hospitais psiquiátricos. Estes profissionais haviam passado a dividir sua carga horária entre o hospital e as residências, trabalhando da mesma forma, sob o mesmo paradigma, o PPHM. Como é aceitável que uma entidade que dirige um hospital psiquiátrico possa ser a responsável pela gestão de dois Serviços Residenciais Terapêuticos? O que permite tamanha arbitrariedade, já que as residências terapêuticas e os hospitais psiquiátricos são, em tese, absolutamente diferentes nas suas lógicas de funcionamento?

Em julho de 2016, foi instaurado inquérito civil para apurar as condições de funcionamento das RTs instaladas em Presidente Prudente. Em continuidade a este inquérito, no primeiro semestre de 2019, o Ministério Público do Estado de São Paulo averiguou indícios de possíveis irregularidades, por exemplo, a falta de relatório semestral que deveria ser elaborado pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização (instituída no contrato firmado pelo município de Presidente Prudente com o CIOP), visando monitorar a gestão das RTs.

A Promotoria também constatou a ausência de Projeto Terapêutico Singular (PTS) para atender as demandas específicas de cada morador e o distanciamento dos CAPS como órgãos de referência para as RTs, além da ausência de manutenção dos prédios e mobiliários e da destinação insuficiente de verbas (ROBERTO, 2019).

Até o ano de 2013, apesar da vigência da Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), o único estabelecimento para tratamento psicossocial no município de Presidente Prudente era um CAPS ad II. No ano de 2014, ainda havia um total de 554 leitos para internação na região, 495 deles localizados no município. O número de vagas nos hospitais psiquiátricos do DRS XI nos anos de 1980, 1990 e 2000 chegou a ultrapassar a quantia de 1.000 leitos, de acordo com Pagnano (2018). No texto da ação Civil Pública se lê:

Restou também evidenciado que a existência de leitos hospitalares disponíveis para internação permanente na Subseção de Presidente Prudente/SP é excessiva, o que gerou acomodação dos Poderes Públicos (Federal, Estadual e Municipal) no cumprimento das metas de desospitalização, especialmente no que tange à efetiva instalação dos CAPS e das residências terapêuticas (BRASIL, 2016a, p. 97).

Os problemas na Saúde Mental de Presidente Prudente (município e região) eram inúmeros. É notório que, a despeito dos planos jurídico-político e teórico-conceitual em que se fundamentaram o SUS e a RPb, havia resistências no plano sociocultural que impediam os avanços da atenção psicossocial: a preferência pelos hospitais psiquiátricos em relação aos estabelecimentos territoriais da RAPS foi um fator que chamou muito a atenção. Pagnano

(2018), também trabalhador e pesquisador inserido na RAPS do DRS XI, na sua dissertação de mestrado pontuou:

O Hospital Psiquiátrico é um local que pode ser interessante aos administradores e trabalhadores desse estabelecimento, por ser economicamente rentável, possuir convênios com o Estado e com a União obtendo verbas com os leitos para o SUS, e, conseqüentemente, diminuindo as dificuldades da gestão municipal que não necessitam investir em contratação pública de funcionários (enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais etc.) para a Rede de Saúde, em modalidades de atenção mais diversificadas. Por isso, o DRS e os gestores municipais não apresentaram uma capacidade ou interesse de uma autoanálise e uma autogestão da organização, pois a heterogestão diretiva parece contemplar melhor seus interesses, em detrimento das necessidades da população (p. 64-65).

Pagnano (2018) atuou como psicólogo em dois hospitais psiquiátricos do DRS XI, a partir da sua experiência de trabalho, relatou alguns entraves para a desospitalização e alta para RAPS: “O CAPS ad municipal não acompanhava seus encaminhamentos durante as internações que frequentemente solicitava ao Hospital Psiquiátrico. Não havia também propostas de tratamento de base comunitária” (p. 68). Shimoguri e Périco (2014) também discutiram a atuação de um CAPSad II do DRS XI: em 12 meses este estabelecimento fez 86 encaminhamentos para internações psiquiátricas mas só acompanhou 7% dos casos, isto é, 93% das internações foram feitas sem nenhum planejamento e não tiveram seguimento pós alta.

Há situações pontuais em que uma internação pode ser indicada, mas como uma fase do tratamento, do PTS. Sobre a internação psiquiátrica, Amarante (2003, p. 62) explica que: “quando essa se faz necessária, não nos furtamos a intermediá-la e procuramos, sempre que possível, continuar o acompanhamento do paciente, compartilhando a assistência com os profissionais do hospital em que ele está”. São funções primordiais dos CAPS:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial (BRASIL, 2004, p. 32).

Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos,

encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (BRASIL, 2004, p. 12)

Os CAPS são os estabelecimentos substitutivos aos hospitais psiquiátricos e demais locais de internação, por suposto, são os estabelecimentos que devem assumir a responsabilidade de dar continência em situações de crises e propor estratégias de tratamento na rede territorializada (TENÓRIO, 2001; BRASIL, 2002a; 2002b). Igualmente, propor estratégias para o trabalho integrado de todos os componentes da RAPS em prol da atenção psicossocial, e, conseqüentemente, da extinção das práticas de asilamento e demais práticas de dominação-subordinação do PPHM, que corroboram para a exclusão social dos sujeitos em sofrimento psíquico intenso.

Além da Ação Civil Pública, direcionada ao fechamento dos hospitais psiquiátricos e do inquérito instaurado para fiscalizar as RTs, a Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude de Presidente Prudente, em 2015, deu abertura ao Inquérito Civil Nº 14.0720.0000804/20157 (BRASIL, 2016b), sobre a atuação do CAPSi II onde trabalhei como terapeuta ocupacional de 2013 a 2015. Em novembro de 2016, foi elaborada uma Carta de Recomendação¹⁷ endereçada à gestão municipal, como ato formal de natureza preventiva com a finalidade de orientação e adequação, considerando que provavelmente seria instaurada outra Ação Civil Pública contra o município, desta vez direcionada ao funcionamento dos CAPS. No documento redigido pela Promotoria foram apontados alguns problemas referente ao trabalho do CAPSi II (BRASIL, 2016b, p. 5-6):

Em julho de 2015, a equipe Técnica do Ministério Público, após nova visita junto ao CAPSi, constatou, em síntese: •Rotatividade dos profissionais, sendo que a psicóloga está em processo de saída para outra Secretaria Municipal, a terapeuta ocupacional e a médica psiquiátrica solicitaram exoneração, a assistente social veio compor equipe recentemente em substituição a anterior que também solicitou transferência; •O atendimento realizado com metodologia estritamente ambulatorial, em termos que a criança ou adolescente passam por avaliação inicial e segue com atendimento individual com psicólogo, sem oferta de intervenções grupais ou oficinas terapêuticas desenvolvidas pelos demais profissionais; Assim compreendido e expresso pelos próprios profissionais que não são elaborados os projetos terapêuticos singulares (PTS), em total desacordo com as prerrogativas atuais no que tange ao serviço CAPSi; •Ausência de previsão de planos de atendimento a pacientes que necessitem de tratamento mais intensivo [...]; •Não há ações ou programas ativos relacionados à redução de danos, reconhecido pela equipe como necessário e a ser efetivado; [...]; •O atendimento inicial é realizado por

¹⁷ O texto da Carta de Recomendação redigida em 07 de novembro de 2016 pelo Dr. Pedro Romão Neto, Promotor de Justiça do Estado de São Paulo e endereçada ao prefeito, ao secretário municipal de saúde, à coordenadora da Saúde Mental do Município e ao coordenador do CAPSi II pode ser consultado nos ANEXOS.

agendamento, o que pode significar espera de semanas, e prejuízo ao suprimento da necessidade do paciente, desestimulando a adesão, sobretudo no caso de adolescentes comprometidos com o uso de substâncias psicoativas como no caso de drogas ilícitas. [...]; •Ações intersetoriais não são desenvolvidas. As ações se limitam ao espaço do serviço, sem planejamento ou perspectivas de parceria com os demais setores como Secretaria de Cultura, Esporte, Educação, Assistência Social e Organizações Governamentais. [...]; •Não existe planejamento técnico ou orçamentário para capacitação profissional e supervisão técnica, e nesse aspecto vale salientar que há a percepção da própria equipe sobre a dificuldade de entendimento quanto à proposta de trabalho do CAPSi [...]; • Quanto a serviços de retaguarda percebe-se a ausência de equipamentos que possam dar suporte em casos mais graves; no município a previsão de atendimento em Unidades de Acolhimento existe, porém ainda não em funcionamento; [...].É possível se verificar relações de tensão entre a coordenação e a equipe técnica, já que na primeira visita realizada foi apontado resistência da coordenação em relação às mudanças que se faziam necessárias.

Por meio das análises documentais, dos dados estatísticos e da nossa experiência de trabalho no DRS XI, iniciada em janeiro de 2010 e que continua até o momento, novembro de 2020, temos visto que são enormes os desafios para a transição paradigmática, com vistas a adotar o Paradigma da Produção Social da Saúde (MENDES, 2006) como norte para as práticas na Atenção Psicossocial. O PPHM é o modo dominante de se produzir assistência em Saúde Mental, mesmo nos estabelecimentos da RAPS.

As políticas públicas do SUS, tanto a nível municipal, quanto a níveis regional, estadual e federal, ainda estão distantes dos objetivos, de produção social de uma saúde mais democrática, inclusiva, solidária. Nas proposições finais do Censo de 2014, se destacou que era preciso engajamento por parte dos municípios e seus respectivos regionais de saúde quanto ao planejamento de ações para a desinstitucionalização, pois, não se tratava apenas de retirar as pessoas dos hospitais psiquiátricos, mas, principalmente, de garantir a quem precisava tratamento psicossocial baseado nos preceitos do SUS e da RPb. Ressaltou-se:

A urgente necessidade da criação de protocolos de tratamento e na elaboração ou revisão dos Projetos Terapêuticos Singulares, e de avaliações técnicas periódicas e apoiadas em evidências científicas. [...]. Isso significa não apenas aumentar os investimentos em recursos e em equipamentos extrahospitais, mas também avançar nos processos de gestão em Saúde Mental, incluindo linhas de cuidado, regulação, fiscalização, monitoramento e avaliação. Além disso, deverão incentivar o desenvolvimento de projetos de educação permanente junto com os profissionais da RAPS, de acordo com os princípios e marcos jurídicos das políticas de Saúde Mental (CAYRES et. al., 2015c, p. 119 - 124).

Considerações Finais

No I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, cujo tema central foi “Reforma Sanitária

e Constituinte, Garantia do Direito Universal à Saúde”, elencou-se alguns determinantes que compõem um paradigma sanitário: a forma de organização sanitária e das profissões, os conhecimentos científicos, as avaliações das doenças e dos direitos dos homens, a consciência popular e a integração entre saúde e sociedade (CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 1986).

Giovani Berlinguer, cientista e militante político, pesquisador da saúde coletiva, foi uma das influências teóricas-conceituais para a construção do campo da Saúde Coletiva no Brasil e em toda América Latina. De acordo com Berlinguer, o sofrimento pode ser reduzido com tratamentos apropriados; a diversidade não deve ser considerada como desvio a tal ponto de produzir marginalização; há distinções imprescindíveis entre combater a doença e combater o doente; e o conhecimento, a ciência, devem ser dirigidos para a solidariedade, para a prevenção, para a transformação social (BERLINGUER, 1988 apud FLEURY, 2015). Sobre a Reforma Sanitária, considerou que:

[...] não é apenas constituída de normas processuais, de decretos, de mudanças institucionais. Deve ser um processo de participação popular na promoção da saúde, que envolva milhões de cidadãos; deve impor mudanças sociais, ambientais e comportamentais que tornem a existência mais saudável; deve mobilizar dezenas de milhares de conselheiros de regiões, de província, de municípios, de circunscrições, de quadros dos movimentos sindicais, femininos, cooperativos, juvenis e milhares de assessores e de prefeitos; deve transformar a atividade cotidiana de médicos, técnicos e enfermeiros (BERLINGUER, 1988 apud FLEURY, 2015, p. 3557).

Para Amarante (2014) a reforma da cultura é mais urgente que a reforma psiquiátrica, já que a existência material da RAPS não garante que seu funcionamento seja psicossocial. Autores renomados, cujas ideias subsidiaram os movimentos de Reforma Psiquiátrica no mundo todo, como Goffman (1974), Foucault (1972; 1975; 1995; 2006a), Castel (1978), Basaglia (1985) e Clavreul (1978), denunciaram os prejuízos, muitas vezes irreversíveis, provocados pela cultura da exclusão e do isolamento, pelo modo asilar.

Como proposição final do Censo Psicossocial de 2014, foi colocado que para garantir o cuidado integral no território, conforme proposto pela RPb (AMARANTE, 1994; 1995; 1996; 2003; 2007; YASUI, 1999; 2010), além da materialidade da RAPS, e da existência de recursos públicos de financiamento e regulação do SUS, era fundamental a elaboração e contínua revisão do PTS de cada sujeito, na perspectiva da Clínica Ampliada (CAYRES et. al., 2015d).

Em linhas gerais, a Saúde Pública tem se caracterizado pela mera reprodução das práticas dos consultórios médicos e terapêuticos nos estabelecimentos públicos de saúde –

práticas curativas, higienistas, autoritárias, que visam ao controle e à disciplina do polo social subordinado. Com isso, defendemos que a transformação da Saúde Pública em Saúde Coletiva depende da existência de práticas psicossociais, intersetoriais e integradas.

O SUS e as políticas públicas da Atenção Psicossocial partindo do ideal de Saúde Coletiva, existem para que a vida das minorias sociais seja respeitada, para que o “louco” possa ser cidadão, para que as comunidades sejam lugares onde a diversidade possa sobreviver, para que a singularidade de cada sujeito possa (re)existir como índice de saúde.

Referências Bibliográficas

ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

AMARANTE, P. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-65.

AMARANTE, P. É a cultura que faz pessoas demandarem manicômio, exclusão, limitação. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, n. 146, p. 14-17 nov. 2014. Entrevista concedida a Bruno Dominguez. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/12/entrevista-paulo-amarante-e-a-cultura-que-faz-pessoasdemandarem-manicomio-exclusao-limitacao/>. Acesso em: 26 mai 2015.

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P. O paradigma psiquiátrico. In: AMARANTE, P. (Org.). **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 39-63.

AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, M. C. **O encontro da loucura com o trabalho na economia solidária: a produção de praxis de pré-incubagem através do dispositivo intercessor na Saúde Mental**. Tese (Doutorado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/105590>. Acesso em 24 set. 2018. 298p.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/Holocausto_brasileiro_vida_genocidio_e_60_mil_mortes_no_

maior_hospício_do_Brasil.pdf. Acesso em: 13 set. 2019.

BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de saberes. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 171-194.

BARROS, S.; BICHAFF, R. (Orgs.) **Desafios para a institucionalização**: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: Fundap; São Paulo: Secretaria da Saúde, 2008.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BENELLI, S. J. Apontamentos sobre as práticas psicológicas desenvolvidas nas entidades assistenciais que atendem a crianças e adolescentes pobres. **Rev. Psicol. UNESP**, v. 12, n. 2, p. 1-30, Assis, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442013000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 12 jul. 2019.

BENELLI, S. J. As éticas nas práticas de atenção psicológica na Assistência Social. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 31, n.2, p. 269-278, 2014b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-166X2014000200012&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 17 nov. 2019.

BENELLI, S. J. **Entidades assistenciais socioeducativas: a trama institucional**. Petrópolis: Vozes, 2014a.

BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. A construção de redes sociais: entre a conexão e a captura na gestão dos riscos sociais. In: CONSTANTINO, E. P. (Org.). **Psicologia, Estado e Políticas Públicas**. Assis: Unesp, 2010, p. 25-85.

BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. Dispositivos institucionais filantrópicos e socioeducativos de atenção à infância na Assistência Social. **Estudos de Psicologia**, Puc-Campinas, v. 30, n. 2, p. 283-301, 2013. Disponível em: 2017.http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 20 dez 2017.

BRASIL. Conasa – Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da Etapa Estadual de Saúde Mental Intersetorial de São Paulo. **Relatório Final da Plenária Estadual de Saúde Mental Intersetorial São Paulo**. São Bernardo do Campo, 22 de maio de 2010. São Paulo: 2010. Disponível em: http://www.sedes.org.br/Eventos/relatorio_final_14_06_10.pdf. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 out., 1988. Disponível em URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 21 set. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set., 1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm.

Acesso em: 21 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginalia**, São Paulo, v. 65, p. 1785-1786, abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2015/lei-13146-6-julho-2015-781174-publicacaooriginal-147468-pl.html>. Acesso em: 23 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Brasília, 2008. 216p. Disponível em: <https://docplayer.com.br/86008078-As-causas-sociais-das-iniquidades-em-saude-no-brasil.html>. Acesso em: 9 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.840/GM, de 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html)> Acesso em: 3 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm)>. Acesso em: 29 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.090/GM. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 fev. 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 3 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa de Volta para Casa**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <https://docplayer.com.br/17637071-De-volta-para-casa-manual-do-programa.html>. Acesso em: 17 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:
http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 17 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS): Eixo Políticas e Fundamentos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:
<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094953-001.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa de Volta para Casa**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <https://docplayer.com.br/17637071-De-volta-para-casa-manual-do-programa.html>. Acesso em: 17 nov. 2017.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei da Câmara n. 201/2008**. Acrescenta artigos à Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil Brasileiro, estabelecendo a obrigatoriedade de revisões periódicas das interdições judiciais deferidas com base em enfermidade ou deficiência mental. Brasília, DF, 2008. Disponível em:
http://www.senado.gov.br/atividade/Materia/detalhes.asp?p_cod_mate=88809. Acesso em: 8 mai. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 3ª Região. Ação Civil Pública 0008750-12.2013.403.6112 - Ministério Público Federal X Ministério Público do Estado de São Paulo X Defensoria Pública do Estado de São Paulo (Proc. 1004 - Tito Livio Seabra) X União Federal X Estado de São Paulo X Município de Presidente Prudente. **Diário Eletrônico da Justiça Federal da 3ª Região**, São Paulo, SP, 4 de fev. 2016. Disponível em:
<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/documentos/303650422/andamento-do-processo-n-0008750-1220134036112-04-02-2016-do-trf-3?ref=topic-lawsuit>. Acesso em: 5 nov. 2019.

BRUM, E. Prefácio. In: ARBEX, D. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013. p. 13-16. Disponível em:
https://app.uff.br/slab/uploads/Holocausto_brasileiro_vida_genocidio_e_60_mil_mortes_no_maior_hospicio_do_Brasil.pdf. Acesso em: 13 set. 2019.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS – Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 9 set. 2019.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CAVALCANTI, M. T.; LOVISI, G. M.; PINTO, A. T. M. A psiquiatria e o social: aproximações e especificidades. In: VENANCIO, A. T. A.; CAVALCANTI, M. T. (Orgs.). **Saúde Mental: Campo, Saberes e Discursos**. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001. p. 13-38.

CAYRES, A. Z. F.; RIBEIRO, M. C.; ELIAS, R.; COUTINHO, R. A. **Caminhos para a Desinstitucionalização no Estado de São Paulo: Censo Psicossocial 2014**. São Paulo:

FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2015a. 147p. Disponível em:
https://www.academia.edu/16459769/Caminhos_para_a_Desinstitucionalizacao_no_Estado_d_e_Sao_Paulo_Censo_Psicossocial_2014. Acesso em: 20 jun. 2018.

CAYRES, A. Z. F. et. al. Introdução. In: CAYRES, A. Z. F. et. al. **Caminhos para a Desinstitucionalização no Estado de São Paulo: Censo Psicossocial 2014**. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2015b. p. 12-25. Disponível em:
https://www.academia.edu/16459769/Caminhos_para_a_Desinstitucionalizacao_no_Estado_d_e_Sao_Paulo_Censo_Psicossocial_2014. Acesso em: 20 jun. 2018.

CAYRES, A. Z. F. et. al. Síntese dos resultados. In: CAYRES, A. Z. F. et. al. **Caminhos para a Desinstitucionalização no Estado de São Paulo: Censo Psicossocial 2014**. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2015c. p. 110-119. Disponível em:
https://www.academia.edu/16459769/Caminhos_para_a_Desinstitucionalizacao_no_Estado_d_e_Sao_Paulo_Censo_Psicossocial_2014. Acesso em: 20 jun. 2018.

CAYRES, A. Z. F. et. al. Análise dos resultados. In: CAYRES, A. Z. F. et. al. **Caminhos para a Desinstitucionalização no Estado de São Paulo: Censo Psicossocial 2014**. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2015d. p. 37-109. Disponível em:
https://www.academia.edu/16459769/Caminhos_para_a_Desinstitucionalizacao_no_Estado_d_e_Sao_Paulo_Censo_Psicossocial_2014. Acesso em: 20 jun. 2018.

CHAUÍ, M. A política contra a servidão voluntária. In: CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Editora Ática, 2004. p. 527-546. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/502947/mod_resource/content/1/ENP_155/Referencias/Convitea-Filosofia.pdf. Acesso em: 18 nov. 2019.

CHRISTIANO, A. P. **O psicólogo na rede socioassistencial de atendimento a crianças e adolescentes**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013. Disponível em:
https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97567/christiano_ap_me_assis.pdf?sequence=1. Acesso em 24 set. 2018.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do Discurso Médico**. Traduzido por Jorge Gabriel Noujaim, Marco Antonio Coutinho Jorge e Potiguara Mendes da Silveira Jr. São Paulo: Brasiliense, 1978.

CNS – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília**, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2018.

COIMBRA, C. **Operação Rio: o mito das classes perigosas: um estudo sobre a violência urbana, a mídia impressa e os discursos de segurança pública**. Rio de Janeiro: Oficina do autor, 2001.

CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 382-384, set. 1986. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 nov. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1986000300013>.

COSTA, M. F. **Urgência e sujeito numa unidade hospitalar**: ensaios sobre a práxis da psicanálise na instituição de saúde. Londrina: Eduel, 2019.

COSTA-ROSA, A. A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade. In: COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013d. p. 55-90.

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

COSTA-ROSA, A. **Saúde Mental Comunitária**: análise dialética das práticas alternativas. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia, São Paulo, 1987.

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

COSTA-ROSA, A. Interprofissionalidade, disciplinas, transdisciplinaridade: modos da divisão do trabalho nas práticas da Atenção Psicossocial. In: COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013e. p. 119-166.

COSTA-ROSA, A. Introdução Geral: reforma, ou além da psiquiatria? In: COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013b. p. 11-22.

COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: novas contribuições. In: COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013c. p. 97-118.

DELGADO, P. G. G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. **Arq. Bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2019

DELZIOVO, C. R.; PEDEBÔS, L. A.; MORETTI-PIRES, R. O. **Clínica Ampliada**. Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Catarina, UNASUS, 2012. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1088>. Acesso em: 21 jan. 2019.

DINIZ, D.; CARINO, G. A necropolítica como regime de governo: O próprio funcionamento

dos Estados da América Latina promove em muitas ocasiões políticas da morte. **El País**, 16 jul. 2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/07/09/opinion/1562688743_395031.html. Acesso em: 25 set. 2019.

FGV – FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Instituto Brasileiro de Economia. **Desigualdade de renda no Brasil bate recorde**. São Paulo, 22 mai. 2019. Disponível em: <https://portal.fgv.br/noticias/desigualdade-renda-brasil-bate-recorde-aponta-levantamento-fgv-ibre>. Acesso em: 9 set. 2019.

FLEURY, S. Giovanni Berlinguer: socialista, sanitaria, humanista! **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 20, v. 11, p. 3553-3559, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001103553&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 7 out. 2018.

FLEURY, S.; OUVRENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXT0_1_POLITICA_DE_SAUDE_POLITICA_SOCIAL.pdf. Acesso em: 21 mar. 2019.

FONSECA, S. Cronograma define implantação de residências terapêuticas em Prudente: Estado e município discordam sobre pacientes que podem ser liberados. **G1**, Presidente Prudente, 3 ago. 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/sp/presidente-prudente-regiao/noticia/2015/08/cronograma-definir-implantacao-de-residencias-terapeuticas-em-prudente.html>. Acesso em: 21 set. 2018.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. Direito de morte e poder sobre a vida. In: FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2006b. 149p. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2940534/mod_resource/content/1/História-da-Sexualidade-1-A-Vontade-de-Saber.pdf. Acesso em: 17 nov. 2019.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 1975.

FOUCAULT, M. **História da loucura na era clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2006a. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2940534/mod_resource/content/1/História-da-Sexualidade-1-A-Vontade-de-Saber.pdf. Acesso em: 17 nov. 2019.

GALIEGO, A. H. B. **O dispositivo intercessor como modo de produção do conhecimento: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista

“Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/97528>. Acesso em 24 set. 2018.

GOFFMAN, I. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de saúde mental no Brasil: evolução do gasto entre 2001 e 2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100007. Acesso em: 29 jan. 2018.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 9ª Edição. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

GRAMSCI, A. Cadernos do cárcere. **Os intelectuais. O príncipe educativo. O jornalismo**. Tradução e edição de Carlos Nelson Coutinho. Coedição de Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000, vol. 2.

HARDT, M.; NEGRI, A. A constituição política do presente. In: HARDT, M.; NEGRI, A. **Império**. Tradução de Berilo Vargas. Rio de Janeiro: Record, 2001. p. 19-60. Disponível em: <https://institutoveritas2010.blogspot.com/2011/04/hardt-michel-negri-antonio.html>. Acesso em 24 set. 2018.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 28 fev 2018.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: síntese de indicadores 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

ISTO É. **Frases de Bolsonaro, o candidato que despreza as minorias**. São Paulo, 25 set. 2018. Disponível em: <https://istoe.com.br/frases-de-bolsonaro-o-candidato-que-despreza-as-minorias/>. Acesso em 18 set. 2019.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Tradução de Henrique Augusto de Araújo Mesquita. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

LEITE, L.; ARAGÃO, E. M. A. O exercício ético na constituição do sujeito político como cidadão. **Fractal**: Revista de Psicologia, v. 22, n. 3, p. 543-556, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v22n3/v22n3a08.pdf>. Acesso em 24 set. 2019.

LOURAU, R. Introdução. In: LOURAU, R. **Análise Institucional**. Tradução de Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, 1975. p. 9-18.

LUNA, L. Fazer viver e deixar morrer: a má-fé da saúde pública no Brasil. In: SOUZA, J. **Ralé brasileira**: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009. p. 305-327.

Disponível em: <http://flacso.redelivre.org.br/files/2014/10/1143.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

MARTINI, R. B. **O dispositivo intercessor como meio de superação dialética da medicalização da saúde mental**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2010. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNSP_e0dfd25bc9be8c8197e0c610c88064e0. Acesso em: 24 set. 2018.

MENDES, E.V. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MEXKO, S. **Psicologia e assistência social**: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/150287>. Acesso em: 24 set. 2018.

PAGNANO, J. R. C. **O hospital psiquiátrico como analisador da saúde mental de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2018. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/153958/pagnano_jrc_me_assis_int.pdf?sequence=7&isAllowed=y. Acesso em: 14 mai. 2019.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão e crítica. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>. Acesso em: 7 out. 2018.

PEREIRA, O. P; PALMA, A. C. R. Sentidos das Oficinas Terapêuticas Ocupacionais do CAPS no Cotidiano dos Usuários: uma Descrição Fenomenológica. **Phenomenological Studies** – Revista da Abordagem Gestáltica, n. 24, v. 1, p. 15-23, jan-abr, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672018000100003. Acesso em 22 out. 2020.

PÉRICO, W. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra**: A clínica do sujeito na Saúde Coletiva. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/134191>. Acesso em: 24 set. 2018.

PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Tradução de Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2007.

RACIONAIS MC's. Negro Drama. In: RACIONAIS MC's. **Nada como um dia após outro dia**. São Paulo: Cosa Nostra, 2002.

ROBERTO, W. MPE aponta irregularidades em residências terapêuticas e recomenda à Prefeitura medidas para solucionar problemas: Documento, assinado pelo promotor Marcelo

Creste, é endereçado ao secretário municipal de Saúde, Valmir da Silva Pinto; Poder Executivo afirmou que vai atender ofício. **G1**, Presidente Prudente, 12 abr. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/presidente-prudente-regiao/noticia/2019/04/12/mpe-aponta-irregularidades-em-residencias-terapeuticas-e-recomenda-a-prefeitura-medidas-para-solucionar-problemas.ghtml>. Acesso em: 21 set. 2018.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 17-59.

ROZITCNHNER, L. **Freud e o problema do poder**. São Paulo: Escuta, 1989a.

ROZITCNHNER, L. Freud: a interiorização do poder na formação do sujeito. In: ROZITCNHNER, L. **Freud e o problema do poder**. São Paulo: Escuta, 1989b. p. 13-38.

SALGADO, A. C. S.; PENA, R. S.; CALDEIRA, L. W.D. Apoio institucional e militância no Sistema Único de Saúde (SUS): refletindo os desafios da mobilização dos sujeitos na produção de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 18, n. 1, p. 909-918, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-576-icse-1807-576220130221.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2019.

SILVA, C. R.; SANTOS, C. N.; NOGUEIRA, J. N.; MALFITANO, A. P. S. Mapeamento da atuação do terapeuta ocupacional nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) do interior do estado de São Paulo, **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 321-334, 2015. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/941/613>. Acesso em: 25 out. 2020.

SHIMOGUIRI, A.F.D.T. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma clínica do desejo e do carecimento na saúde coletiva**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2016. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/134320/shimoguari_afdt_me_assis.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 09 de jan. 2016.

SHIMOGUIRI, A.F.D.T.; COSTA-ROSA, A. A prática de atenção à saúde nos estabelecimentos psicossociais: efeitos do modo capitalista de produção. **Psicologia USP**, v. 28, n. 3. p. 389-395, São Paulo, 2017a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-65642017000300389&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 set. 2018.

SHIMOGUIRI, A.F.D.T.; PÉRICO, W. O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 13, n. 1, p. 33-51, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442014000100004. Acesso em: 12 de jan. 2016.

SILVA, R. S. **A periferia pede passagem: trajetória social e intelectual de Mano Brown**. 2012. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade Estadual de Campinas – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2012. Disponível em:

<<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/280940>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

SOUZA, J. **A classe média no espelho**. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2018.

SOUZA, J. **A elite do atraso**: da escravidão à Lava Jato. Rio de Janeiro: Leya, 2017a. Disponível em: <http://lelivros.love/book/baixar-livro-a-elite-do-atraso-da-escravidao-a-lava-jato-jesse-souza-em-pdf-epub-mobi-ou-ler-online/>. Acesso em 18 nov. 2019.

SOUZA, J. **A radiografia do Golpe**: Entenda como e por que você foi enganado. Rio de Janeiro: Leya, 2016a.

SOUZA, J. **A ralé brasileira**: quem é e como vive. Colaboração de André Grillo et al. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2009. Disponível em: <http://flacso.redelivre.org.br/files/2014/10/1143.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

SOUZA, J. O racismo de nossos intelectuais: o brasileiro como vira-lata. In: SOUZA, J. **A elite do atraso**: da escravidão à Lava Jato. Rio de Janeiro: Leya, 2017b. p. 12-23. Disponível em: <http://lelivros.love/book/baixar-livro-a-elite-do-atraso-da-escravidao-a-lava-jato-jesse-souza-em-pdf-epub-mobi-ou-ler-online/>. Acesso em 18 nov. 2019.

SOUZA, J. Os golpes sempre foram por mais dinheiro para poucos, e nunca para combater a corrupção. In: SOUZA, J. **A radiografia do Golpe**: Entenda como e por que você foi enganado. Rio de Janeiro: Leya, 2016b, p. 19-86

SOUZA, J. Prefácio. In: SOUZA, J. **A radiografia do Golpe**: Entenda como e por que você foi enganado. Rio de Janeiro: Leya, 2016c, p. 11-18

SOUZA, R. A; PRADO FILHO, K. Cidadania: discurso da valoração da sociedade e práticas de valorização da vida. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 7, n. 1, p. 169-175, 2008. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/961>. Acesso em: 24 set. 2019.

SOUZA, W. A. O dispositivo intercessor na Assistência Social: um modo de transformação da realidade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 15, n. 1, p. 53-69, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v15n1/a05.pdf>. Acesso em: 12 de jan. 2016.

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

TENÓRIO, F. Tratando a psicose no CAPS. In: TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 119-154.

ENSAIO 4

O LUGAR NECESSÁRIO DO PARADIGMA PSICOSSOCIAL PARA AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Resumo: Os ideais do Sistema Único de Saúde (SUS) supõem novas formas de pensar o processo saúde-adoecimento, incluindo no tratamento aspectos do social, do familiar e da subjetividade, além do diagnóstico clínico. Visando uma mudança paradigmática, a Política Nacional de Humanização (PNH) reitera na diretriz da Clínica Ampliada e Compartilhada a complexidade da saúde. A PNH visa à construção de uma cultura voltadas para a saúde por meio da horizontalização das relações e do trabalho conjunto com a população, portanto, o exercício da clínica é muito mais do que diagnosticar doenças. No entanto, temos por hipótese, seguindo a tese de Costa-Rosa (2013a) acerca dos paralelos entre os Modos de Produção da Economia e da Saúde, que a efetivação da Clínica Ampliada esbarra num obstáculo estrutural, o Modo Capitalista de Produção (MCP). O MCP incide em todas as práticas socioculturais, especialmente, nas práticas de produção de subjetividade e de saúde, então, neste Ensaio, nosso objetivo é discutir os efeitos do MCP na PNH, pois, temos constatado que a Clínica é ampliada apenas no discurso oficial, já que continua reduzindo o sofrimento psíquico a distúrbios mormente orgânicos, a serem tratados no plano da consciência, da cognição, do comportamento, da individualidade e da família, igualmente, os estabelecimentos de Saúde mantêm a heterogestão e as relações verticalizadas com a população. Com efeito, apresentamos o Paradigma Psicossocial (PPS) como um referencial capaz de subsidiar uma clínica ampliada no SUS; ampliada em ambas as direções, pois, no que se refere à intensão, o PPS inclui, pelo viés da Psicanálise de Freud e Lacan, para-além do corpo-organismo, o corpo pulsional do sujeito do inconsciente, e no que se refere à extensão, pelo viés do Materialismo Histórico, inclui o corpo social como matriz de subjetivação.

Palavras-chaves: Política Nacional de Humanização; Clínica Ampliada e Compartilhada; Reforma Psiquiátrica; Paradigma Psicossocial; Capitalismo.

THE NECESSARY PLACE OF THE PSYCHOSOCIAL PARADIGM TO EXPAND THE CLINIC IN PSYCHOSOCIAL CARE

Abstract: The ideals of the Unified Health System (UHS) suppose new ways of thinking about the health-illness process, including aspects of social, family and subjectivity, in addition to clinical diagnosis. Aiming a paradigmatic change, the National Humanization Policy (NHP) reiterates the complexity of health in the guidelines of the Shared and Expanded Clinic. The NHP aims at building a culture focused on health through the horizontalization of relationships and collective work with the population, therefore, the exercise of the clinic is much more than diagnosing diseases. However, our hypothesis, from Costa-Rosa's thesis about the parallels between the Economy and Health Production Modes, that the implementation of the Expanded Clinic comes up against a structural obstacle, the Capitalist Mode of Production (CMP). The CMP focuses on all sociocultural practices, especially in the practices of producing subjectivity and health, so in this essay, our goal is to discuss the effects of CMP on the NHP, as we have found that the Clinic is expanded only in the official discourse, because psychic suffering has been reduced to organic disorders, treated in terms of consciousness, cognition, behavior, individuality and family, the health establishments also maintain

heterogeneity and vertical relations with the population. Indeed, we present the Psychosocial Paradigm (PSP) as a reference capable of subsidizing an expanded clinic in UHS; expanded in both directions, because, the PPS includes, from the Freud and Lacan's Psychoanalysis in addition to the bodyorganism, the pulsional body of the subject of the unconscious, and includes from Historical Materialism, the social body as a matrix of subjectivation.

Keywords: National Humanization Policy; Shared and Expanded Clinic; Psychiatric Reform; Psychosocial Paradigm. Capitalism.

Ordens podem se perpetuar mesmo após sua queda, ou melhor, elas podem se perpetuar exatamente por terem caído e por passarem a um modo implícito de existência, ao invés de um modo explícito de ordenamento. Elas podem então ressurgir, como uma reincidência que ressurge quando menos esperamos ou elas podem continuar operando em um estrato subterrâneo, paulatinamente corroendo a nova ordem até ela se tornar irreconhecível (SAFATLE, 2017, p. 217).

Introdução

Mendes (2006) designa como Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado o conjunto teórico-técnico e ético que conceitua a saúde como sinônimo de assistência técnica/medicamentosa/hospitalar. É pelo raciocínio de nivelar por baixo, supondo que saúde é o oposto de doença, sem fazer valer a dialética dos contrários, que o reducionismo tem se perpetuado desde os primórdios da Medicina (MENDES, 2006; CANGUILHEM, 2009), na figura do Preventivismo (AROUCA, 2003).

A Medicina Preventiva (AROUCA, 2003) assumiu os marcadores biológicos e fisiológicos como indicativos de saúde, em detrimento dos marcadores sociais. O Preventivismo postula que “saúde e doença são estados idênticos, que se diferenciam na quantidade” (AROUCA, 2003, p. 162), traçando uma casuística bastante lacunar, paramentada pela dualidade saúde-doença. Arouca (2003, p. 170-171) considera que:

A noção de causa em medicina no século XIX estava nitidamente influenciada por uma ética positivista e dentro de uma visão unicausalista da determinação. [...]. A Medicina Preventiva assume, dentro da História Natural das Doenças, duas dimensões de causalidade: a epidemiológica enquanto determinação do aparecimento das doenças, e o critério fisiopatológico enquanto evolução destas. [...]. O mecanismo pelo qual opera o conceito de causalidade na Epidemiologia e consequentemente na Medicina Preventiva é o do reducionismo.

A Medicina Preventiva (AROUCA, 2003) se detém em observar as normas orgânicas tomando-as como modelos para as normas sociais sem duvidar dos limites dessa aplicabilidade, de se pensar o social como pura extensão do orgânico, logo, é uma abordagem que desmente o social, encobrendo o não-sabido de que não é apenas o organismo/corpo que precisa de tratamento (CANGUILHEM, 2009). Nessa perspectiva, não há pensamento complexo, se houvesse, a questão retornaria da seguinte forma: “O orgânico está no social, mas, como o social está no orgânico?” Ou, em outras palavras: “O indivíduo compõe a sociedade, mas como a sociedade compõe o indivíduo?”.

A norma do organismo é inquestionável, pois, embora seja por demasiado extensa a fisiologia do corpo humano nos seus sistemas (cardiovascular, respiratório, digestório, nervoso, sensorial, endócrino, excretor, urinário, reprodutor, esquelético, muscular, imunológico, linfático) nenhum médico discorda quanto ao que é o funcionamento normal do corpo orgânico, mas, e a norma do corpo social, qual é?

Do ponto de vista da saúde e da doença, e, conseqüentemente, do ponto de vista da reparação dos acidentes, da correção das desordens, ou, falando popularmente, dos remédios para os males, há a seguinte diferença entre um organismo e uma sociedade: é que, no caso do organismo, o terapeuta dos males sabe, de antemão e sem hesitação, qual é o estado normal que deve ser instituído, ao passo que, no caso da sociedade, ele o ignora (CANGUILHEM, 2009, p. 118)

Para Mendes (2006), no campo da Saúde Pública, há dois conjuntos de referenciais teóricos, técnicos e éticos distintos utilizados para se tratar o adoecimento, o Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado, que aborda a doença a partir do raciocínio cartesiano e das intervenções reducionistas e reabilitadoras, e o seu contrário, o Paradigma da Produção Social da Saúde¹⁸, que articula o adoecimento ao plano social, que, portanto, propõe ações intersetoriais e multidisciplinares. No contexto da produção social da saúde, se destacam as ações voltadas para a educação popular (FREIRE, 1970)¹⁹, visando a criação de espaços saudáveis.

O Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988), como conquista social decorrente da Reforma Sanitária brasileira (PAIM, 2007; MENDES, 1986; CNS, 1986), se ergueu sob o prisma do Paradigma da Produção Social da Saúde, de maneira que a sociabilidade da saúde se expressa nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1988; 1990). Neste ínterim, o Ministério da Saúde, para garantir que os princípios do SUS se

¹⁸ Sobre a Reforma Sanitária brasileira e a compreensão biopsicossocial do ser humano, ponto de partida das políticas públicas do SUS, recomendamos a leitura do segundo ensaio desta tese: “Paradigma da Produção Social da Saúde: a territorialidade do adoecimento e seus determinantes socioeconômicos-culturais”.

¹⁹ Vale dizer que o único tipo de ação educativa capaz de construir uma cultura voltada para a saúde é a educação popular conforme proposta por Paulo Freire (1970), como prática de diálogo e de democracia. A pedagogia da libertação e da autonomia, teorizada por Paulo Freire (2009) objetiva uma revolução social, a favor do polo subordinado, por isso, a educação popular se baseia no conhecimento compartilhado, solidário, é uma forma de relacionamento sem hierarquias, sem concentração de saber-poder, logo, a educação popular é radicalmente diferente das práticas pedagógicas utilizadas para colonizar, para adestrar, impondo disciplina e controle sobre o pensamento e a ação dos oprimidos. As práticas pedagógicas como ferramentas de controle são amplamente utilizadas, por exemplo, nas campanhas da Saúde baseadas em imagens que demonizam as drogas objetivando causar medo na população e não compartilhar informações verídicas para que cada um possa, de modo esclarecido, fazer suas próprias escolhas. Sobre as diferenças paradigmáticas, políticas e éticas entre as pedagogias liberais e progressistas, ver Cotrim (1993) e Libaneo (1994); sobre a pedagogia tradicional, calcada na repressão e no medo, e a pedagogia dialética, base da educação popular, ver Saviani (1991, 1999).

efetivem nos estabelecimentos públicos, no atendimento à população e nas práticas de gestão, publicou, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) - HumanizaSUS (BRASIL, 2009; 2010; 2013).

O pilar do HumanizaSUS (BRASIL, 2009; 2010; 2013) é a compreensão biopsicossocial (MENDES, 2006) da saúde humana, por conseguinte, o adoecimento e a cura são apreendidos como experiências complexas, vividas para-além das afetações causadas pela doença ou pelos remédios no corpo, portanto, para-além do organismo. Considerando que as queixas endereçadas aos estabelecimentos da Saúde são biopsicossociais, isto é, multirreferenciadas, a saúde não pode ser tratada como problema exclusivamente das Ciências Biológicas e das Ciências Exatas, porque é, por essência, uma problemática social, das Ciências Humanas.

A complexidade do processo saúde-adoecimento-Atenção (ROZEMBERG; MINAYO, 2001) só pode ser manejada pela integração dos conhecimentos de várias disciplinas, assim, saberes de diferentes trabalhadores (médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, entre outros) são importantes para a compreensão de uma situação que chega aos estabelecimentos institucionais com algumas necessidades de assistência (BRASIL, 2009).

Para propiciar e fortalecer a humanização da Saúde, contrapondo-se ao organicismo e ao mecanicismo, o HumanizaSUS (BRASIL, 2009; 2010; 2013) se dedicou a incluir aspectos não fisiológicos do adoecimento e aspectos intersubjetivos do trabalho em Saúde. Em contraposição às intervenções médicas de diagnóstico e prescrição farmacológica e das formas de gestão verticalizadas, hospitalocêntricas e medicalizadoras, se prioriza práticas de trabalho mais alinhadas ao princípio da Integralidade (BRASIL, 1988; 1990).

Os ideais do SUS supõem novas formas de pensar a saúde, incluindo no diagnóstico clínico e no tratamento aspectos do social, do familiar e da subjetividade do sujeito adoecido. A PNH além de reiterar a sociabilidade da saúde propôs a Clínica Ampliada, defendendo que “O exercício da clínica é muito mais do que diagnosticar doenças, pois as pessoas não se limitam aos agravos a sua saúde. Existem, portanto, limites numa prática clínica centrada na doença, pois esta leva à suposição de que basta o diagnóstico para definir o tratamento” (BRASIL, 2009, p. 11).

Visando uma mudança paradigmática, como metodologia de trabalho do HumanizaSUS surgiu a Clínica Ampliada e Compartilhada (BRASIL, 2009b; 2013). Visto que o referencial teórico-conceitual de trabalho não seria mais o curativismo, a remoção da doença, a Clínica

Ampliada visou estratégias menos individualistas, privilegiando ações comunitárias, com objetivo de construir uma cultura voltadas para a saúde, por meio do trabalho conjunto com a população, trabalho coletivo. Assim, os conhecimentos teóricos precisariam estar alinhados com os saberes dos sujeitos e das comunidades, isto é, com sua cultura.

A modificação das práticas de cuidado se faz no sentido da ampliação da clínica, isto é, pelo enfrentamento de uma clínica ainda hegemônica que: 1) toma a doença e o sintoma como seu objeto; 2) toma a remissão de sintoma e a cura como seu objetivo; 3) realiza a avaliação diagnóstica reduzindo-a à objetividade positivista clínica ou epidemiológica; 4) define a intervenção terapêutica considerando predominantemente ou exclusivamente os aspectos orgânicos (BRASIL, 2010, p. 55).

A PNH (BRASIL, 2009; 2010; 2013) destacou que, para se propor qualquer ação que concorra para a integralidade da assistência em saúde, não eram suficientes as informações epidemiológicas colhidas em poucos minutos nas salas de anamnese, por meio de roteiros com perguntas estruturadas na forma de *checklist*. Tampouco seriam suficientes os sinais e sintomas verificados durante o exame físico, pois, nem mesmo as análises citopatológicas feitas nos exames laboratoriais diversos (hemogramas, sorologias, biópsias, etc.), ou as pesquisas avançadas obtidas com os exames de alta tecnologia (ultrassonografias, ressonâncias magnéticas, tomografias, etc.), poderiam prescindir da escuta a ser feita no encontro com o sujeito do adoecimento.

A política de humanização teve como propósito desenvolver tecnologias relacionais baseadas no vínculo entre os trabalhadores e a população atendida, no Acolhimento (BRASIL, 2009; 2010; 2013). Para acolher é necessário estar atento aos fatores culturais e às histórias de vida dos sujeitos, a fim de delinear uma demanda que é a um só tempo individual, familiar e social. É somente no encontro com o sujeito, e não com o prontuário, que pode haver abertura para escutar mais do que a doença, de maneira que algum aspecto extra orgânico, da subjetividade, tão decisivo para a cura quanto o conhecimento da biologia, pode se dar a ver.

As propostas da clínica ampliada: 1) compromisso com o sujeito e não só com a doença; 2) reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos; 3) afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que se co-produzem na relação que estabelecem; 4) busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde; 5) aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares; 6) fomento da co-responsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social); 7) defesa dos direitos dos usuários. (BRASIL, 2010, p. 55).

Se tomamos a doença como um acontecimento emaranhado a uma história particular de vida, é inevitável falarmos da subjetividade do sujeito do adoecimento, que, obviamente, não pode ser tratada apenas com conhecimentos enciclopédicos, universais, totalizantes, elaborados a partir daquilo que se considera como “o natural” da espécie humana. Na Clínica Ampliada (BRASIL, 2009; 2010; 2013), ao se oferecer uma escuta atenta às pluralidades dos sujeitos e dos contextos sociais, e, ao mesmo tempo, às particularidades do adoecer, se pretende apreender a diferença de um sujeito ímpar, cuja existência é inseparável da realidade sociocultural: “Para que se realize uma clínica adequada, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular” (BRASIL, 2009, p. 12).

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia (BRASIL, 2013, p. 10).

No campo da Saúde Mental é inerente operar com a subjetividade, para Costa-Rosa (2019, p. 2): “Fica evidente que o campo humano que nos concerne como trabalhadores ‘psi’[...] inclui a subjetividade e os processos de subjetivação”. Destarte, as práticas terapêuticas, deveriam, por suposto, ser pautadas na Clínica Ampliada (BRASIL, 2009; 2010; 2013), considerando o singular de cada sujeito; em tese, já haveria nos estabelecimentos institucionais da Atenção Psicossocial entre os trabalhadores “psi” práticas de trabalho mais humanizadas.

Entretanto, à despeito desta suposição de que a Clínica Ampliada (BRASIL, 2009; 2010; 2013) existiria como consequência direta do paradigma biopsicossocial, Costa-Rosa (2013a), ao analisar os Modos de Produção dos estabelecimentos institucionais da Saúde pensados para serem substitutivos aos hospitais psiquiátricos e ao Modo Asilar (COSTA-ROSA, 2000), isto é, que deveriam trabalhar na lógica da complexidade e não do reducionismo, quanto à oferta dos tratamentos biopsicossociais, concluiu que: “O modo dominante dessa oferta pretende fazer passar uma concepção de saúde como remoção da doença pela via da Atenção” (COSTA-ROSA, 2013b, p. 23).

Costa-Rosa (2013a) serviu-se do seu trabalho-pesquisa desenvolvido ao longo de quase quarenta anos, para fazer uma análise paradigmática das mudanças introduzidas pelos movimentos de Reforma Sanitária (PAIM, 2007; MENDES, 2006; CNS, 1986), e,

posteriormente, pela Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) (AMARANTE, 1994; 1995; 1996; 2003; 2007; YASUI, 1999; 2010). A análise proposta por ele serve para definir qual é o Modo de Produção dos estabelecimentos institucionais, qual é o paradigma vigente – se é o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) (COSTA-ROSA, 2013c), homólogo ao Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado (MENDES, 2006), ou se é o Paradigma Psicossocial (PPS) (COSTA-ROSA, 2013c), homólogo ao Paradigma da Produção Social da Saúde (MENDES, 2006).

De acordo com Costa-Rosa (2013c), os Modos de Produção dos estabelecimentos institucionais do SUS repetem os dois modos básicos de produção da vida material descritos por Marx (1975), o Modo Capitalista de Produção (MCP) (COSTA-ROSA, 2013d) e os Modos de Produção Pré-capitalistas. Isto posto, de partida, se afirma que os princípios de dominação-subordinação da luta de classes se atualizam no mandato social da Psiquiatria, o qual se estende às outras disciplinas que se dedicam à saúde mental, dentre elas, a psicologia, a terapia ocupacional, e, mais recentemente, o serviço social, a pedagogia, entre outras.

A psiquiatria sintônica com o MCP (COSTA-ROSA, 2013d) produz em larga escala, é uma grande distribuidora de diagnósticos e de medicamentos. A psiquiatria capitalística cujo mandato social se expressa na medicalização é apontada por Costa-Rosa (2013b) como a maior responsável por privatizar os ônus dos conflitos da sociedade, para deslocar para o plano das individualidades as contradições macroestruturais do MCP, transformando-as em distúrbios neuronais, com seus equivalentes tratamentos terapêuticos e farmacológicos (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017a; COSTA-ROSA, 2013c).

Nas últimas décadas do século XIX, com o crescimento exponencial do capitalismo, se chegou à era do consumismo e da compulsão. O discurso ideológico da Sociedade de Consumo é o pano de fundo da Formação Social, de todo o agenciamento da vida humana, e, conseqüentemente, do adoecimento, incluindo o sofrimento psíquico. Pelo viés do consumismo, a psiquiatria medicalizadora deu os contornos dos “transtornos mentais e comportamentais” descritos na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) (OMS, 1997).

A RPb (AMARANTE, 1994; 1995; 1996; 2003; 2007; YASUI, 1999; 2010) como tradução prática dos princípios éticos e técnicos do SUS, isto é, do Paradigma da Produção Social da Saúde (MENDES, 2006), é um tema que tem despertado nosso interesse. A partir das nossas experiências de trabalho-pesquisa na Saúde Mental (SHIMOGUIRI, 2019a; 2019b; 2018; 2016; SHIMOGUIRI et. al., 2019; SANTOS; SHIMOGUIRI, 2019; SHIMOGUIRI;

COSTA-ROSA, 2017a; 2017b; 2017c; SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014) temos por hipótese, seguindo a tese de Costa-Rosa (2013a) acerca dos paralelos entre os Modos de Produção da Economia e da Saúde, que a eficiência e a eficácia da Clínica Ampliada como diretriz da PNH (BRASIL, 2009; 2010; 2013) esbarra num obstáculo quase intransponível, porque é um obstáculo estrutural. Não estamos falando de outra estrutura que não seja a própria Formação Social capitalista, ou em outros termos, estamos falando sobre o MCP.

A macroestrutura do MCP incide em todas as práticas socioculturais, especialmente, nas práticas de produção de subjetividade e de saúde, entendendo que ambas estão interligadas (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017a; BENELLI; PÉRICO; COSTA-ROSA, 2017; SHIMOGUIRI, 2016; SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014; COSTA-ROSA, 2013a). A rigor, o PPHM é absolutamente congruente com as formas de relacionamento nas sociedades capitalistas (COSTA-ROSA, 2013c), relações sociais aviltantes, higienistas, colonizadoras, hierárquicas e opressoras.

Neste Ensaio, nosso objetivo geral é discutir os entraves da Clínica Ampliada como metodologia de trabalho da PNH (BRASIL, 2009; 2010; 2013). Objetivamos problematizar a Clínica, ampliada no discurso oficial do HumanizaSUS, porém, que não avança além do Capital e do organismo, porque, sob a égide do PPHM (COSTA-ROSA, 2013c), continua reduzindo o sofrimento psíquico a distúrbios orgânicos – a serem tratados no plano da consciência, da cognição, do comportamento, da individualidade e da família (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017a; 2017b; 2017c; SHIMOGUIRI, 2016; SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014).

Na contramão do reducionismo preventivista (AROUCA, 2003) e das operações ideológicas capitalistas, que transformam os conflitos de classes e as injustiças sociais em doenças e os sujeitos em objetos a serem governados, educados e curados, resumidamente, adaptados ao MCP, nosso objetivo específico é apresentar o PPS como alternativa ao PPHM (COSTA-ROSA, 1987; 1999; 2000; 2011; 2012; 2013a). O PPS (COSTA-ROSA, 2013c), na medida em que apresenta diferenças essenciais, sendo contrário ao PPHM (COSTA-ROSA, 2013d), nos dá as indicações para que se estabeleça uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva (COSTA-ROSA, 2011; 2012; 2013a).

Como Modo de Produção de trabalho-pesquisa o PPS (COSTA-ROSA, 2013c) pode subsidiar uma clínica ampliada na Atenção Psicossocial: ampliada em ambas as direções, 1) no que se refere à intensão, incluindo, para-além do corpo-organismo, o corpo pulsional do sujeito do inconsciente (CABAS, 2009; FREUD, 2004; FINK, 1997; 1998; GARCIA-ROZA;

1998; LACAN, 1998a; 1998b; 1999; 2008; 2009; QUINET, 2005; 2008b; 2009; SOLLER, 1997), e 2) no que se refere à extensão, incluindo o corpo social como matriz de subjetivação (MARX, 1975; 2004; ROZITCHNER, 1989a; MELMAN, 1992).

Não obstante, ressaltamos que as nossas críticas quanto aos impasses da RPb, não são para desvalorizar as políticas públicas que se instauraram a partir dos anos de 1990 em termos de SUS. Tomaremos a PNH como ponto de partida, para contribuir com a contínua ampliação da clínica, e, pelo viés do PPS, prosseguir para um “Além da Reforma Psiquiátrica” (COSTA-ROSA, 2013b, p. 21).

Clínica parcialmente ampliada pela Reforma Psiquiátrica brasileira

Em 2003, para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, entrou em vigor a PNH, que sublinha como uma das diretrizes centrais do SUS a participação conjunta dos gestores, trabalhadores e sujeitos a quem os serviços de saúde se destinam e também suas famílias nos processos decisórios para se estabelecerem novas formas de atenção à saúde, biopsicossociais. “Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2010, p. 8-9).

A PNH possui, basicamente, três princípios: Transversalidade; Indissociabilidade entre atenção e gestão e Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos. Esses princípios fundamentam as diretrizes desta política, são elas: Acolhimento; Gestão participativa e Cogestão; Ambiência; Valorização do trabalhador; Defesa dos Direitos do Usuário e Clínica Ampliada e Compartilhada (BRASIL, 2009; 2010; 2013).

O Acolhimento pressupõe que o trabalhador esteja disponível a ouvir para que possa reconhecer e validar as necessidades daqueles que recorrem aos estabelecimentos de Saúde, é uma forma de buscando atender às peculiaridades de cada caso, assegurar que todos sejam atendidos baseando-se sempre nos princípios de equidade, para que todos disponham dos recursos territoriais necessários para resolução de um dado problema (BRASIL, 2009; 2010; 2013).

A Gestão participativa e Cogestão objetiva a inclusão de todos os entes (trabalhadores, gestores e usuários) nos processos, sempre coletivos, de gestão. Para tanto, foram delineados instrumentos de gestão participativa e controle social no SUS, por exemplo, os Conselhos de

Saúde (BRASIL, 2013b). Busca-se a valorização dos diferentes mecanismos de participação popular, há viabilização de espaços públicos de debates e construção de saberes para sedimentar o protagonismo da população na luta por saúde, há também a integração das ações de monitoramento e aprimoramento da gestão do SUS nos três níveis de governo, municipal, estadual e federal (BRASIL, 2009; 2010; 2013).

A Ambiência diz respeito à organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, serve para contribuir na mudança das relações de trabalho. O conceito de Ambiência segue primordialmente três eixos: 1) Confortabilidade; 2) Ferramenta facilitadora do processo de trabalho e 3) Encontros entre os sujeitos.

O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia...–, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários. O espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho. O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2010, p. 5).

A Valorização do trabalhador é pensada por meio de programas de educação permanente e continuada que visem à humanização do trabalho. O profissional de saúde passa a ser convidado a rever seu processo de trabalho, a partir da compreensão de que ele próprio, trabalhador, imerso nas teorias e técnicas, é um dos componentes que mais interessa à PNH. “A Política Nacional de Humanização entende que o trabalho é elemento substantivo da criação do homem, que cria a si e ao mundo. A autoria do mundo é condição para a construção de si” (BRASIL, 2009, p. 19-20).

Quanto à Defesa dos direitos dos usuários, A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011a) reúne os seis princípios básicos de cidadania que asseguram o acesso digno aos sistemas de saúde, públicos ou privados. O documento apresenta seis pilares:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2011a, p. 3-4).

A Clínica Ampliada se ergueu sobre cinco pressupostos essenciais: 1). Compreensão

ampliada do processo saúde-doença; 2), Construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas; 3). Ampliação do objeto de trabalho na intervenção; 4). Transformação dos meios ou objetos de trabalho de maneira integrada; e 5). Suporte para os profissionais de saúde das diversas áreas (BRASIL, 2009; 2010; BRASIL, 2013).

A Clínica Ampliada é um dos principais dispositivos para se pensar a produção social da saúde, no intuito de fundamentar práticas psicossociais diversificadas, que partam da realidade sociocultural de cada pessoa/comunidade, se deixa o reducionismo em prol da complexidade. “A partir da percepção da complexidade do sujeito acometido por uma doença, o profissional pode perceber que muitos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas” (BRASIL, 2009, p. 48).

Como principal estratégia da Clínica Ampliada destaca-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2008; 2009), cujo objetivo é trabalhar no caso a caso, isto é, na micropolítica da singularidade da saúde para cada sujeito, para cada população e para cada. O PTS é um guia das propostas em Saúde e também um instrumento gerencial que deve ser sempre avaliado e modificado no que diz respeito às suas metas, tantas vezes quantas forem necessárias (BRASIL, 2008; 2009).

O PTS representa, ao menos no discurso oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008; 2009), a concretização da integralidade, do protagonismo e da gestão compartilhada a nível molecular, pois, se baseia na premissa de que ao sujeito compete decidir sobre sua vida, sendo que só ele pode, realmente, produzir sua saúde, visto que a concepção de saúde não se limita a nenhuma patologia específica, mas diz respeito a um modo de viver. O protagonismo exige que as relações entre os trabalhadores da Saúde e a população atendida sejam horizontais, de cooperação, tendo em mente que a saúde não pode ser produzida sem implicação subjetiva e sem engajamento social (BRASIL, 2009; 2010; BRASIL, 2013).

Visando um SUS que garanta a integralidade da assistência (BRASIL, 1988; 1990), por meio do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b), foi definido que o fluxograma do atendimento público deve seguir as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Em termos de recursos físicos, é preciso dispor de diferentes estabelecimentos institucionais, sendo que cada estabelecimento, embora se caracterize por uma modalidade de atendimento específica, deve se manter numa relação de complementaridade com os outros estabelecimentos, assegurando o funcionamento em Rede.

“As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de

gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2016, p. 5). Dentre as RAS, está a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que organiza o atendimento territorial destinado às pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2011c; 2012; 2016). Os componentes da RAPS são articulados em níveis de complexidade crescente: 1). Atenção Básica em Saúde; 2). Atenção Psicossocial Estratégica; 3). Atenção de Urgência e Emergência; 4). Atenção Residencial de Caráter Transitório; 5). Atenção Hospitalar; 6). Estratégias de Desinstitucionalização; e 7). Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011c; 2012; 2016).

A RAPS foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que concretiza a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e os princípios da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, com serviços de base territorial e comunitária, substituindo, portanto, o modelo hospitalocêntrico e manicomial. O conceito de território é central para a saúde, pois não se trata apenas de uma área geográfica, mas também de um determinado espaço onde se desenvolvem relações sociais, afetivas e histórico-culturais. Um serviço de base territorial e comunitário é um serviço de portas abertas (acessível a qualquer pessoa), localizado o mais próximo possível de onde o usuário vive, de onde estão a sua família, os seus amigos, as instituições com as quais tem contato (associações, igreja, terreiro, escola, polícia, entre outras) e os lugares que frequenta (Unidade Básica de Saúde, comércio, quadras esportivas etc.) (BRASIL, 2016, p. 6).

A RPb, inspirada na Reforma Psiquiátrica italiana, compreendeu que a intensificação e mesmo a gênese do sofrimento psíquico depende do social (AMARANTE, 1994; 1995; 1996; 2003; 2007; YASUI, 1999; 2010), por isso, consideramos que houve uma ampliação notória quanto à compreensão do processo saúde-adoecimento-Atenção, no sentido de socializá-lo e de combater a ideia de que o sofrimento psíquico é uma doença mental localizada no indivíduo.

Os últimos trintas anos do século XX foram marcados pela decadência dos movimentos alienistas (PINEL, 2007) e pela progressiva substituição da internação psiquiátrica como tratamento para a loucura. Em relação às práticas de isolamento e de exclusão, de confinamento dos loucos nos asilos, a proposta da RPb (AMARANTE, 1994; 1995; 1996; 2003; 2007; YASUI, 1999; 2010) era, a longo prazo, extinguir os manicômios e hospitais psiquiátricos, a serem substituídos pelos estabelecimentos territoriais da Atenção Psicossocial. No plano político-jurídico, a RAPS preconiza a Desinstitucionalização (BRASIL, 2014) e o fim das internações em instituições que operam a exclusão social.

Para os hospitais psiquiátricos ainda existentes, há duas estratégias complementares: o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS

(PRH) e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria). O PRH tem como objetivo a redução planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, de modo a garantir uma transição segura para o modelo comunitário de atenção, a partir da recomposição do valor das diárias hospitalares de acordo com a diminuição dos leitos e a qualificação do atendimento. Essa estratégia visa garantir também que os recursos financeiros deixem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar e sejam direcionados às ações territoriais da RAPS (BRASIL, 2016, p. 21).

Para o atendimento dos casos mais graves, quando a internação realmente se faz necessária, como medida pontual de contenção, deve ser de curta permanência e em estabelecimentos territoriais. A RAPS (BRASIL, 2011c; 2012; 2016) tem como pontos de atenção em regime de internação, no componente Atenção Psicossocial Estratégica, os CAPS III, e no componente Atenção Hospitalar, as Enfermarias Especializadas em Hospital Geral e o Serviço Hospitalar de Referência para necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A atenção hospitalar à saúde mental deve estar inserida nos hospitais gerais (não mais nos antigos hospitais psiquiátricos), aliada a outras especialidades médicas. Nesse modelo, leitos ou pequenas enfermarias de saúde mental realizam internações breves (a maioria de uma a três semanas) para casos agudos que necessitem de cuidado médico intensivo, ou que tragam complicações clínicas associadas aos transtornos mentais e ao uso prejudicial de drogas (BRASIL, 2016, p. 19).

Com a crise do Tratamento Moral (PINEL, 2007) impulsionada pelos movimentos de “Alternatividade à Psiquiatria” (FLEMING, 1976), a definição de alienação mental passou a ser bastante contestada, o que também redimensionou o plano jurídico-político com relação aos direitos civis dos “loucos”. Em relação aos Direitos Humanos, a RAPS (BRASIL, 2011c; 2012; 2016) é um importante avanço, na medida em que não é composta apenas por estabelecimentos especializados no tratamento psíquico, mas também por componentes com finalidades de promoção de saúde e de cidadania. A RAPS tem como cerne o respeito aos direitos humanos, o combate a estigmas e preconceitos, o cuidado em liberdade e a promoção da autonomia do sujeito.

Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III - Combate a estigmas e preconceitos; IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - Diversificação das estratégias de cuidado; VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de

Danos; IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; XI - Promoção de estratégias de educação permanente; e XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011c).

No componente Atenção Básica em Saúde, se tem as Unidade Básica de Saúde (UBS), os Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Consultório na Rua e os Centros de Convivência e Cultura (CECO); no componente Atenção de Urgência e Emergência, se tem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e a Sala de Estabilização e Pronto Socorro; no componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, se tem as Unidades de Acolhimento (UA) e os Serviço de Atenção em Regime Residencial; no componente Estratégias de Desinstitucionalização, se tem os Serviços Residenciais Terapêuticos (Residência Terapêutica) e o Programa de Volta para Casa; e no componente Estratégias de Reabilitação Psicossocial, se tem as Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, os Empreendimentos Solidários e as Cooperativas Sociais (BRASIL, 2011b; 2012; 2016).

Partindo da RPb (AMARANTE, 1994; 1995; 1996; 2003; 2007; YASUI, 1999; 2010), houve mudanças importantes quanto ao plano teórico-conceitual. O referencial de pesquisa e trabalho em Saúde Mental não é mais o “transtorno mental”, mas a existência-sofrimento (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990) do sujeito, que não pode ser definida apenas por um diagnóstico médico, pela nosografia psiquiátrica que sobrepõe a doença à subjetividade.

Problematizando as terapêuticas na Atenção Psicossocial

Se as normas sociais pudessem ser percebidas tão claramente quanto as normas orgânicas, seria loucura dos homens não se conformarem com elas. Como os homens não são loucos e como não existem sábios, segue-se que as normas sociais têm de ser inventadas, e não observadas (CANGUILHEM, 2009, p. 119).

Mendes (2006) definiu três planos nos quais as transformações deveriam ocorrer para que a Reforma Sanitária se efetivasse: plano jurídico-político, ideológico e cognitivo-tecnológico. Inspirado pela Reforma Sanitária, seguindo o mesmo raciocínio, Amarante (1994; 1995; 1996; 2003; 2007) designou a RPb como um processo complexo de

transformações a serem verificadas em quatro planos: técnico-científico, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural.

É evidente que a RPb (AMARANTE, 1994; 1995; 1996; 2003; 2007; YASUI, 1999; 2010), tal qual a PNH e a Clínica Ampliada (BRASIL, 2009; 2010; 2013), simboliza um conjunto de melhorias inestimáveis em termos de SUS. Pensar criticamente o conceito de Saúde inseparável do social é pré-requisito para a transição paradigmática vislumbrada pelo Paradigma da Produção Social da Saúde.

A superação do Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado (MENDES, 2006) e do PPHM (COSTA-ROSA, 2013c) jamais seria viável sem estes primeiros passos. Todavia, o MCP (COSTA-ROSA, 2013d) se mantém dominante mesmo nos estabelecimentos institucionais da RAPS, como concluíram algumas pesquisas relacionadas a esta questão (SHIMOGUIRI, 2019a; 2019b; 2016; SANTOS; SHIMOGUIRI, 2019; PAGNANO, 2018; DEVERA; COSTA-ROSA, 2018; GOTO, 2018; COSTA, 2016; MEXKO, 2017; SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017a; 2017b; 2017c; PÉRICO; COSTA-ROSA, 2015; SHIMOGUIRI, PÉRICO, 2014; PÉRICO, 2014; GALIEGO, 2013; PEREIRA; COSTA-ROSA, 2012; PEREIRA, 2011; MONDONI; COSTA-ROSA, 2010; YASUI; COSTA-ROSA, 2008; COSTA-ROSA, 1987; 1999; 2000; 2011; 2012; 2013a). Como observou Costa-Rosa (2013b, p. 11)

A psiquiatria nasce do emblemático gesto reformador de Pinel, e desde então não cessa de ser reformada. Todas as reformas de que tem sido objeto se originaram no seu interior e ali permaneceram. Mesmo as poucas tentativas de transformação radical têm primado por manter intacto seu paradigma original.

Na Introdução do livro “Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva”, Costa-Rosa (2013a) foi incisivo ao dizer que, forçosamente, as mudanças que se deram depois da RPb não superaram completamente os princípios disciplinares da psiquiatria hospitocêntrica e medicocentrada. Este livro é caro ao campo da Saúde Mental, pois, nele estão compiladas as principais produções de Costa-Rosa, sendo possível ao leitor acompanhar passo a passo as análises e críticas por ele propostas, bem como entender o porquê do PPS (COSTA-ROSA, 2013c) ser considerado um além da RPb.

As contribuições de Costa-Rosa (1987; 1999; 2000; 2011; 2012; 2013a) para a Saúde Coletiva são preciosas e únicas, pois este autor propôs uma análise estrutural das práticas de

Atenção ao sofrimento psíquico nos estabelecimentos institucionais públicos do SUS, de maneira que estabeleceu parâmetros mínimos (COSTA-ROSA, 2013c, p. 16) para a conceituação de uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva, orientada pelo PPS (COSTA-ROSA, 2013b).

As ferramentas do PPHM (COSTA-ROSA, 2013d), quando são tecnologias relacionais, são muito mais abstratas do que concretas. Em verdade, afirmamos que o PPHM não perdeu sua força ante a RPb como Modo de Produção, ele pôde, inclusive, prescindir dos hospitais psiquiátricos, porque se desenvolveram técnicas de disciplina e controle cada mais sutis, ditas humanizadas, e, por isso, mais eficientes, porque passam despercebidas (SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014).

O manicômio arquitetônico, a estrutura física do hospital psiquiátrico, se tornou uma tecnologia obsoleta e foi substituída por outras muito mais refinadas, por exemplo, o manicômio químico (COSTA-ROSA, 2013c). A medicalização como ferramenta de disciplina e de controle, nem de longe é tida como uma violência tal qual o uso da camisa de força ou o encarceramento dos “loucos”. Costa-Rosa (2013d) situa o consumo de psicofármacos como um resultado fiel do laço social capitalista, e, neste sentido, evidenciou o manicômio químico como o mais ilustre representante do PPHM.

Entre os dispositivos modernos do PPHM podemos citar esses “maravilhosos” produtos da ciência avançada, que são os suprimentos medicamentosos, cujas funções, entre outras, às vezes são capazes de redesenhar as funções do velho asilo, traduzindo-o numa configuração química, deixando inequívoca a constatação de que ele, como arquitetônico e mobiliário, é absolutamente supérfluo. Daí que não tem faltado quem fale em Manicômio químico. Esse tem como lógica inequívoca a estrutura do próprio Discurso Médico como Modo de Produção em sua sobremodalização realizada pela “psiquiatria DSM”, que como sabemos é especificamente medicalizadora (COSTA-ROSA, 2013d, p. 41).

Na sua pesquisa de mestrado, Basoli (2018) realizou um levantamento em 15 programas de pós-graduação e encontrou 76 trabalhos que articulam a medicalização ao capitalismo hipermoderno. No PPHM, a saúde está na esfera da carência e da necessidade, por isso, as soluções conhecidas e requisitadas diante do sofrimento psíquico desembocam numa constante: consumir remédios – remediar a vida, embora sem mediação terapêutica, simbólica.

“A sociedade de consumo como modalização tardia do MCP agregou importantes impactos no processo de produção de Atenção ao sofrimento psíquico, que pretende fundar-se na administração massiva de suprimentos, sobretudo medicamentosos” (COSTA-ROSA,

2013b, p. 51). Azevedo, Araújo e Ferreira (2016) relatam que no intervalo de apenas dois anos, o consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos aumentou 70% nas capitais brasileiras.

Gomes, Silva e Galvão (2017) realizaram um estudo para estimar a prevalência do uso de medicamentos entre adultos brasileiros, no período pesquisado, quase metade da população brasileira estava em uso de algum medicamento, o que torna urgente que os avanços da Psiquiatria e da Neurologia, em termos de tratamentos via indústria química-farmacêutica para a saúde mental, sejam reavaliados, pois a medicalização, ao passo que tenta realizar o impossível de abolir o mal-estar inerente à civilização, tanto mais propínquo na sociedade de classes (CHAUI, 2004), resulta numa iatrogenia significativa, na (re)produção do sofrimento.

A medicalização da vida não se inicia na idade adulta, pois, a disciplinarização começa desde a mais tenra infância (SHIMOGUIRI, 2016; BENELLI, 2013; 2014a; 2014b; BENELLI; COSTA-ROSA, 2013). No cenário educacional, conforme observa Cury-Júnior (2015, p. 43): “A dificuldade em lidar com os alunos, tidos como impossíveis de aguentar, tem levado considerável número de diretores, coordenadores e professores a se tornarem verdadeiros arautos da psiquiatria”.

Neste afã da Ordem Médica (CLAVREUL, 1978), medicalizar o quanto antes, de prevenir, em 2000, foram comercializadas no Brasil setenta mil caixas do medicamento à base de metilfenidato, administrado majoritariamente em crianças e adolescentes, em 2010, esse número saltou para dois milhões de caixas (FÓRUM DA MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE apud CURY-JÚNIOR, 2015). Na perspectiva preventivista (AROUCA, 2003), o adoecimento como um acontecimento natural e não como uma experiência subjetiva e social, primeiro é medicado para depois, na melhor das hipóteses, ser sabido.

No CAPSad em que trabalhamos a todos os sujeitos era prescrito psicofármacos logo na primeira consulta com o médico (que nem era psiquiatra). Grande parte do expediente da enfermagem era destinado à gerência (controle e dispensação) de antidepressivos, ansiolíticos benzodiazepínicos, estabilizadores de humor, etc.; os remédios eram distribuídos no próprio CAPS, que por vezes, na fala dos sujeitos em tratamento e dos seus familiares, se confundia com uma farmácia, não raramente escutávamos que a pessoa frequentava o CAPS só para pegar a medicação e que não queria fazer nenhum tipo de terapia.

A saúde capitalizada iguala-se a uma simples mercadoria, que se pode acessar de imediato, repetindo os circuitos do consumo e da alienação no MCP, tão fugazes quanto alienantes (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017a). É como se tudo que falta aos indivíduos

que não podem pagar pelo bem-estar, os “doentes” e os “pobres”, pudesse ser financiado pelo Estado, ou também cedido por associações filantrópicas, por meio de ações populistas e benevolentes, que trarão rapidamente a solução: fazer exames, tomar remédios, receber auxílio financeiro, orientações, aconselhamentos, etc.

No Brasil, no ano de 2013, o abuso de medicamentos revelou-se como a principal causa de intoxicações registradas pelos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox), em 16% dos casos, o consumo de psicotrópicos esteve associado à tentativa de suicídio (FIOCRUZ, 2013). No ano de 2017, os medicamentos continuaram sendo a principal causa de intoxicação no Brasil, responsáveis por 25,18% dos casos atendidos. Nota-se que as drogas ilícitas, maconha, cocaína, crack, etc., noticiadas pelo senso comum e mesmo por órgãos governamentais como o caminho para a morte, em 2017, ocuparam a décima posição, representando apenas 2,54% das intoxicações (FIOCRUZ, 2017).

Benelli (2013; 2014a; 2014b) relata que no plano das políticas públicas, os mesmos embates que ocorrem no campo da Saúde existem na Assistência Social, sendo que, em homologia ao PPHM, na Assistência Social, domina o Paradigma Filantrópico (BENELLI, 2014a; 2014b). Neste paradigma, o sujeito cidadão de direitos é foracluído, pois seu direito vem de uma caridade, de uma benevolência, e não de uma conquista social (BENELLI, 2014a; 2014b).

Nas abordagens comunitárias, as disfunções familiares, os “transtornos mentais” são apontados como causa da pobreza, nunca como seu efeito, como se à família pertencesse a escolha e a responsabilidade de ser ou não ser pobre, como se o adoecimento e o sofrimento dependessem majoritariamente de uma deliberação pessoal.

A dominação da ideologia liberal é bastante efetiva para promover práticas preventivistas e higienistas em Saúde, corroborando com a propagação das correntes que defendem que as ciências da Saúde ocupam um lugar de pretensa neutralidade perante o social (AROUCA, 2003), de modo que a medicina, a psicologia, a terapia ocupacional, etc., como profissões liberais, supostamente não precisariam incluir criticamente o plano social para definição de sua terapêutica. Em outros termos, a sociedade de classes (CHAUÍ, 2004) não recebe a devida atenção como Formação Social, palco de lutas e disputas de interesses econômicos contrários.

A delimitação conceitual empreendida permitiu ver a Medicina Preventiva como “filha de Higiene”, ou seja, leitura liberal e civil dos problemas de saúde e do sistema de serviços de saúde da sociedade americana, transferida para os países sob a sua órbita de influência. O seu desenvolvimento central e periférico, [...],

assentava-se na luta político-ideológica contra a intervenção do Estado na saúde (via Serviço Nacional de Saúde de natureza pública) e contra as transformações sociais necessárias à melhoria da situação de saúde (AROUCA, 2003, p. 152-153).

Amiúde, os sujeitos atendidos nos estabelecimentos da Atenção Psicossocial Estratégica são os mesmos sujeitos atendidos nos estabelecimentos da Assistência Social. Nosso trabalho-pesquisa se desenvolve em torno da constatação de que o sofrimento psíquico não pode ser separado da pobreza. Para o trabalho no SUS, na ética do PPS, temos que, obrigatoriamente, considerar o social enquanto componente indispensável da subjetividade de um sujeito que existe numa sociedade de classes (CHAUÍ, 2004), vez que estamos falando de quem não pode frequentar os consultórios particulares dos psiquiatras e terapeutas, cujo único recurso em termos de acesso à saúde é o SUS.

A reabilitação psicossocial, termo nascido nos movimentos de RPb e depois instituído pela Portaria 3.088/2011 (BRASIL, 2011c) tem sido massivamente posta como objetivo a ser alcançado pelos estabelecimentos da RAPS. A reabilitação psicossocial se volta mormente para o plano político-jurídico, atuando pelo reconhecimento dos sujeitos em sofrimento psíquico intenso enquanto sujeitos cidadãos de direitos – cidadania que na acepção do MCP é readaptação à Lei do Mercado, da produção e do consumo.

As estratégias de reabilitação psicossocial são entendidas como um conjunto de práticas que visam promover o protagonismo para o exercício dos direitos de cidadania de usuários e familiares da RAPS por meio da criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, da habitação, da educação, da cultura, da saúde, produzindo novas possibilidades de projetos para a vida. Em outras palavras, a reabilitação psicossocial é constituída de ações de emancipação junto aos usuários e familiares no sentido da garantia de seus direitos e da promoção de contratualidade no território (BRASIL, 2017).

Jorge, Randemark, Queiroz e Ruiz (2006), depois de entrevistar trabalhadores da Atenção Psicossocial Especializada concluíram que “A reabilitação psicossocial é percebida, prioritariamente, como a socialização dos pacientes” (p. 738). O intuito da reabilitação psicossocial parece levar à radicalidade da socialização. A ênfase na inclusão social e no combate ao estigma, preconceito e marginalização se mistura numa amálgama com a humanização, com a bondade, com o altruísmo, peças-chaves do Paradigma Filantrópico (BENELLI, 2014a; 2014b) homólogo ao PPHM.

Frequentemente, a humanização da saúde se confunde com a caridade cristã. Durante um curso de formação para os trabalhadores da RAPS de Presidente Prudente/SP, ouvimos a

articuladora de saúde mental dizer que é preciso “fazer o bem sem olhar a quem”, que a pessoa com “transtorno mental” é um “serzinho” que precisa ser amado e cuidado, que a humanização é sinônimo da capacidade de amar ao próximo e que o amor pelas pessoas já é metade do caminho andado para a reabilitação psicossocial.

Os discursos em torno da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico intenso devem ser examinados em cada palavra. A cidadania não deve ser fruto da humanização, confundida com benevolência. O amor ao próximo como mandamento cristão não gera transformações nos planos técnico-científico, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 1995).

A ampliação da Clínica na RPb esbarra na estrutura do laço social capitalista e na sua ideologia normativa, pautada no Discurso Médico (CLAVREUL, 1978), que inclui parcialmente o social e o sujeito do inconsciente. Certamente, existir como cidadão, sujeito de direitos, é condição primordial para o sujeito do inconsciente, contudo, assim como a psicologização do sofrimento que vem do laço social capitalista e das injustiças sociais incide em desmentir o ser social, como faz a Psiquiatria DSM, a recíproca é verdadeira: a sociologização do sofrimento psíquico, igualmente, descaracteriza a clínica *stricto sensu* (BENELLI, 2019b).

A sociologização do sofrimento psíquico subestima os processos de constituição psíquica e toma a subjetividade numa abordagem rudimentar (BENELLI, 2019a), o que a nosso ver é o calcanhar de Aquiles da RPb, pois, o trabalho dos terapeutas na RAPS parece ter sido descaracterizado como terapêuticas psicológicas, o que não é aceitável, visto que os processos de subjetivação e de estruturação psíquica de cada sujeito (neurose, forclusão, autismo, etc.) são determinantes quanto às possibilidades de equacionamento do sofrimento e são decisivas quanto à direção do tratamento. Não se deve propor o mesmo manejo clínico (transferencial) para um sujeito constituído por forclusão e para um sujeito constituído por recalçamento, assim, acreditamos que a especificidade do tratamento psíquico, que na RPb não recebeu a devida atenção, precisa ser retomada.

Realizei uma intercessão-pesquisa²⁰ por meio de inserções institucionais como trabalhadora do SUS, e, posteriormente, como fiscal do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de São Paulo (CREFITO-3), estando em todos os CAPS da região de Presidente Prudente/SP e, consoante com os depoimentos colhidos por Jorge e colaboradores

²⁰ A partir dessas inserções institucionais produzi as reflexões que depois configuraram minha dissertação de mestrado (SHIMOGUIRI, 2016) e também essa tese de doutorado.

(2006), pude constatar que os trabalhadores visam à reinserção social como principal função do CAPS.

Por outro lado, os atendimentos terapêuticos, as psicoterapias e as terapias ocupacionais, se afastaram a passos largos da clínica *stricto sensu*, deixando em segundo plano os processos de subjetivação. Os objetivos das terapêuticos nos CAPS passaram a ser: recuperar autoestima, treinar habilidades sociais, reatar as relações familiares, retornar para o mercado de trabalho, etc.

Tenho notado que a reabilitação psicossocial comumente é compreendida pelo viés do Capital, ou seja, a cura está na readaptação à ideologia da sociedade moderna: trabalhar, produzir (ou se apropriar da produção de outrem), acumular e consumir. É claro que isto não é enunciado textualmente, pois ninguém que chega ao CAPS ouve que as terapêuticas ali aplicadas visam apenas um tratamento paliativo do sofrimento. Em geral, nem os trabalhadores do CAPS sabem o que fazem e por que fazem²¹, não têm esta crítica de que a ideologia liberal molda seu trabalho.

A reabilitação psicossocial sob influência do MCP acredita que o sofrimento psíquico e a exclusão social a ele associada podem ser resolvidos fundamentalmente com a humanização da saúde, substituindo o reducionismo biológico do Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado (MENDES, 2006) pela cidadania universal do sujeito de direitos – o que também não deixa de ser reducionista. Tudo que é universal, totalizante, é reducionista, pois o universal se opõe ao particular e ao singular.

Segundo Périco (2014, p. 15): “Para-além do sujeito de direitos (indivíduo cidadão) temos que considerar também o sujeito do [desejo] inconsciente, definido como a própria capacidade de (auto)produção de sentido novo”. No PPHM, não há nada para saber além dos mecanismos neurobiológicos, a dimensão subjetiva e inconsciente é completamente apagada pelo conhecimento técnico-científico, de modo que o sujeito é posto e fixado na posição de um corpo anônimo: é um paciente submisso e passivo.

Neste contexto, as questões particulares e singulares do adoecimento são escamoteadas pela neurologia e pela psiquiatria organicista, como se nada houvesse mais no sofrimento

²¹ Benelli (2020, p. 139-169) ao discorrer sobre o tema do campo socioassistencial e as figuras diversas do trabalhador social, formulou quatro hipóteses instigantes: a) *da ignorância*: eles não sabem o que estão fazendo, mas é o que podem fazer em seu desconhecimento e alienação, referindo-se aos trabalhadores que possuem apenas o ensino médio; b) *da consciência*: eles pensam que sabem o que estão fazendo, mas desconhecem o que estão produzindo, que se aplicaria aos trabalhadores graduados pela universidade; c) *do cinismo*: eles sabem muito bem o que fazem, o que isso produz e, mesmo assim, o fazem; d) *da responsabilidade ética singular*: eles sabem quais são os limites e as possibilidades de sua práxis, sendo informados, avisados e precavidos.

psíquico do que um desequilíbrio de neurotransmissores a ser corrigido com fármacos. Os terapeutas da Ordem Médica (CLAVREUL, 1978) direcionam a atenção para elementos-chaves da narrativa do sujeito, “ansiedade”, “agitação”, “nervoso”, “tristeza”, palavras tomadas apenas quanto ao significado tautológico, ouvidas tão somente para dar um diagnóstico e uma diretiva baseada num código de condutas: “Não tenha amigos que usam drogas, para evitar recaídas!”; “Você precisa arranjar um trabalho para se sentir útil!”. Para toda “doença” há uma terapêutica comportamental e um remédio, um suprimimento químico, e, também, um suprimimento de sentido.

Na negatividade dessas práticas, dos discursos disciplinares, se constata que, apesar das intervenções mais avançadas em termos de medicações, terapêuticas e mesmo tratamentos cerebrais agressivos, como a eletroconvulsoterapia e a lobotomia, não ocorre a remissão dos sintomas e do adoecimento, pelo contrário, ele está sempre pronto para reaparecer, naufragando o sujeito no mar da cronicidade do “transtorno mental”.

A cronicidade dos “transtornos mentais” é assunto recorrente entre os profissionais e entre os próprios sujeitos e familiares atendidos nos CAPS. A crença reiterada em grupos de apoio famosos como o Alcoólatras Anônimos (AA) e o Narcóticos Anônimos (NA), onde se diz que a dependência é “uma doença incurável, crônica, progressiva e fatal” (DRUMMOND; DRUMMOND FILHO, 1998, p. 144) é também pela psiquiatria, que coloca a degradação e a degeneração mental como uma evolução natural dos transtornos mentais (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Longe desta lógica, da cronicidade ser o resultado natural do sofrimento psíquico intenso, Goffman (1974), Basaglia (2005) e Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) argumentam que as práticas sociais opressoras dos estabelecimentos institucionais é que produzem a cronicidade, porque o paradigma do modo asilar (COSTA-ROSA, 2000), embora reformado, mantém os princípios disciplinares sujeito-objeto e saber-poder, preservam o circuito psiquiátrico (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990), a ética alienista e tutelar.

O sofrimento pode ser temporariamente hospitalizado e medicalizado, em outras palavras, “curado”, mas, depois, retorna pior, fazendo com que o sujeito se engaje numa peregrinação, de estabelecimento em estabelecimento, ou que ele se identifique como paciente crônico do CAPS, que nunca poderá deixar de frequentar o local. Poderíamos citar várias pessoas que frequentam um dos CAPS do DRS XI desde a inauguração do estabelecimento, até hoje, dez anos depois (2010-2020).

Pande e Amarante (2011) realizaram uma pesquisa qualitativa por meio da observação

participante e de entrevistas com os sujeitos e seus familiares atendidos em um CAPS do Rio de Janeiro/RJ e relatam que “Os resultados mostram que os entrevistados têm perspectivas que vão ao encontro da ideia de nova cronicidade” (PANDE; AMARANTE, 2011, p. 2067). Na conclusão os pesquisadores apontaram que “os mecanismos de institucionalização podem se dar mesmo em alguns serviços territoriais, ainda que estes tenham o objetivo de substituir o hospital psiquiátrico e, portanto, não reproduzir o modelo tradicional de atenção” (PANDE; AMARANTE, 2011, p. 2075).

Com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, supõe-se a superação do modelo asilar, subentendendo que a instauração de novos serviços, de portas abertas, de base territorial, com maior interlocução com a comunidade, proporcionaria um curso diferente daquele atribuído à suposta doença mental. No entanto, com o surgimento dos novos serviços, retornam a crítica à institucionalização e a reflexão sobre a nova cronicidade, assim como o entendimento de que tais serviços podem criar novas formas de institucionalização, cronificação ou até mesmo manicomialização (PANDE; AMARANTE, 2011, p. 2068).

Trabalhando ao longo de dez anos na RAPS do DRS XI, percebemos uma compreensão rasa das equipes acerca da atenção psicossocial. O PTS era estruturado como um tipo de cronograma, um tipo de contrato terapêutico, no qual constavam as atividades das quais o sujeito participaria no CAPS (oficinas, grupos, etc.), as medicações em uso e os dias de atendimento. No documento chamado PTS de um dos CAPS para cada disciplina profissional havia um espaço de anotações, onde cada um anotava o que propunha para o sujeito – era um documento composto por duas folhas contendo as tabelas da medicina, da enfermagem, do serviço social, da psicologia e da terapia ocupacional, e ao final, todos profissionais assinavam o documento, também o sujeito e um familiar.

Este PTS era preenchido no momento da inserção do sujeito no CAPS, que ocorria depois que todos os profissionais fizessem sua “avaliação” do caso. O PTS, pensado como uma metodologia de trabalho não pode ser reduzido a isso – não é um papel, não é estático, não pode ser feito em apenas uma consulta. Vê-se o reducionismo do PPHM de não escutar o sujeito do inconsciente, de propor intervenções orientadas pelos princípios disciplinares sujeito-objeto, doença-cura e saber-poder. Como seria possível definir tão rápido um tratamento na lógica da complexidade?

As táticas do PPHM, suas manobras de normatização e adequação ao instituído social, são variadas, por exemplo, além da medicalização, do psicotrópico como suprimimento químico e solução para a angústia, a cura pode ser oferecida por um suprimimento de afeto e de sentido,

uma explicação capaz de justificar e acolher o sofrimento, que se não vem da ciência pode vir do misticismo, por exemplo.

O objetivo dos governos conservadores e fundamentalistas que tomaram o poder no Brasil, em 2016, com a presidência de Michel Temer, e, em 2019, com a presidência de Jair Bolsonaro, consiste em anular as poucas políticas públicas progressistas que se instauraram no País entre os anos 2002 e 2016, na seara da Educação, da Assistência Social, da Saúde, do Trabalho, da Habitação, do Meio Ambiente, etc.

Na Saúde, o objetivo é retornar à Medicina Preventiva (AROUCA, 2003) e no campo da Saúde Mental, ao Modo Asilar (COSTA-ROSA, 2000), desprezando as conquistas da RPb, e os avanços necessários. Os estabelecimentos institucionais da Saúde quando situados no PPHM não constroem projetos terapêuticos singularizantes, porque não há nada de singular em intervenções reducionistas, que mesmo nomeadas de Clínica Ampliada, ainda estão no escopo das práticas manicomiais, do MCP.

Na reunião do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (CNS, 2019) realizada em vinte e um de agosto de 2019, cujo tema foi Saúde Mental, foram destacados retrocessos perigosos. No ano de 2018, houve aumento do financiamento público de hospitais psiquiátricos, em contrapartida os CAPS ficaram sem reajuste, em um cenário de congelamento por 20 anos.

No primeiro semestre de 2019, houve aumento de oito mil vagas para internação em Comunidades Terapêuticas custeadas pelo poder público e aproximadamente 70% dos leitos para atenção em regime de internação estavam em hospitais psiquiátricos de grande porte, em contrapartida, os CAPS e as residências terapêuticas estavam funcionando no Estado de São Paulo sem custeio federal (CNS, 2019).

Acreditamos, ser possível, por meio do PPS, instrumentalizar práticas de trabalho avessas à assistência organicista/medicamentosa/disciplinar, que, portanto, poderiam estar alinhadas com os interesses genuínos do sujeito cidadão de direitos/sujeito do inconsciente. Isto posto, faremos algumas considerações sobre o PPS, para contribuir para a construção de uma clínica que não seja ampliada apenas no discurso, mas que precavida da necessidade de que a ampliação se estenda ao âmbito das práticas, para isso é imprescindível pensar os processos sociais conectados aos processos de subjetivação e vice-versa, sem sobrepor um ao outro, isto é, sem cair no engodo da sociologização ou da psicologização.

Paradigma Psicossocial: entre o Cidadão de Direitos e o Sujeito do Inconsciente^{22,23}

A genealogia social da saúde e da doença vem sendo amplamente discutida no período que se sucedeu à Reforma Sanitária (CNS, 1986; MENDES, 2006; PAIM, 2007) e à RPB (AMARANTE, 1994; 1995; 1996; 2003; 2007; YASUI, 1999; 2010). Trabalhos de Luna (2009), Fleury e Ouverney (2008), Fonseca e Corbo (2007), Batistella (2007), Paim (2007), Berlinguer (2007), Mendes (2006) e Barcellos (2000), ao refletirem sobre a dinâmica do processo saúde-adoecimento-Atenção, restituem o social ao seu lugar de importância, isto é, equivalente ao individual.

Trabalhos de Shimoguri (2019a; 2019b; 2016), Shimoguri, Costa, Benelli e Costa-Rosa (2019), Shimoguri e Costa-Rosa (2017a; 2017b; 2017c), Mexko, Costa-Rosa, Benelli e Souza (2016), Périgo e Costa-Rosa (2015), Shimoguri e Périgo (2014), Costa-Rosa (1987; 1999; 2000; 2011; 2012; 2013a), Benelli (2009; 2013; 2014a; 2014b; 2016a; 2016b; 2019), Benelli e Costa-Rosa (2013; 2010) e Shimoguri e Benelli (2018) pensam o laço social como produtor de subjetividade, destacando a ideia de “uma subjetividade contextualizada social e culturalmente e de uma Formação Social subjetivada” (COSTA-ROSA, 2012, p. 19).

Costa-Rosa (2013a) defende que, na Atenção Psicossocial, o referente de ação não é só o corpo orgânico e os mecanismos neurobiológicos, é exigência mínima do PPS que o sujeito seja compreendido além da cognição e do comportamento, isto é, como sujeito do inconsciente. Deveras, o sujeito do inconsciente não é uma entidade psíquica isolada, tampouco o sofrimento psíquico é alheio ao social, sobretudo, o sofrimento dos pobres, que raramente é apenas psíquico.

Sobre a determinação socioeconômica-cultural do adoecimento psíquico, Freud (1996) concluiu que é indispensável investigar as fontes do sofrimento. Nem sempre os adoecimentos são resultados de conflitos psíquicos: “é por isso que a psicanálise não é redutível à psicologia. Ela é uma ciência psicossocial” (ENRIQUEZ, 2005, p. 159). Para Freud, “O primeiro passo consiste em distinguir entre privações que afetam a todos e

²² Partindo do PPS como referencial teórico, técnico e ético, dissertações e teses vêm sendo produzidas a partir das elaborações de Costa-Rosa (2013a), no intuito de implementar este paradigma, tanto nos estabelecimentos institucionais da Atenção Psicossocial Estratégica (SHIMOGURI, 2016; GALIEGO, 2013; PEREIRA, 2011), quanto nas diferentes áreas em interface com ela, Assistência Social (SOUZA, 2015; MEXKO, 2017), Atenção Básica (PÉRIGO, 2014; 2016) e Rede Hospitalar de Atenção à Urgência e Emergência (COSTA, 2016; 2019).

²³ Discussões mais aprofundadas sobre cada um dos quatro parâmetros de análise do PPS se encontram no artigo: SHIMOGURI, A. F. D. T. O Paradigma Psicossocial: parâmetros mínimos para as práticas substitutivas ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 18, número especial, p. 198-216. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1549/1359>. Acesso em: 26 jan. 2020.

privações que não afetam a todos, mas apenas a grupos, classes ou mesmo indivíduos isolados” (1996a, p. 20).

De acordo com Costa-Rosa (2013a) o referente de ação da atenção psicossocial é um sujeito entre significantes (Formação Subjetiva) e entre homens (Formação Social), apreendido a partir da Psicanálise de Freud e Lacan como sujeito do inconsciente e a partir do Materialismo Histórico de Marx, como ser social, histórico. O PPS aborda o sofrimento psíquico em duas vias, as quais Lacan (2003) nomeou clínica em intensão e clínica em extensão.

Para operar na clínica em intensão, no que se refere ao aspecto psíquico do sofrimento, o PPS se baseia em Freud e Lacan para propor procedimentos terapêuticos que visam equacionar os impasses nos processos de subjetivação. Para operar na clínica em extensão, no que se refere ao aspecto social do sofrimento, o PPS se baseia em Marx, em autores da Análise Institucional francesa (Lourau e Lapassade) e da Filosofia da Diferença (de Nietzsche a Deleuze dialogando com Foucault e Guattari).

A escolha da psicanálise como referencial de manejo clínico no PPS objetiva subverter a universalidade do conhecimento no PPHM. A linguagem não é toda, não se pode tudo saber e tudo dizer; não se pode atribuir significados unívocos às experiências relacionadas ao sofrimento, em última instância, não se pode saber pelo outro, pois, seja a dor física ou psíquica, ela é absolutamente singular. Os manuais médicos como o CID, que já está na décima revisão (OMS, 1997) sendo constantemente modificado, na tentativa de tudo saber.

O indizível do sofrimento não para de não se inscrever, os sintomas resistem à padronização e se repetem constantemente, de equívoco em equívoco, até serem decifrados e cifrados pelo saber da pura diferença do sujeito, saber de Si (da subjetividade); saber que não se obtém nos livros, mas só é produzido sob transferência, pelo sujeito do inconsciente no encontro com um terapeuta que sustente a ética da psicanálise, que se conduza pelo Discurso da Histórica (LACAN, 1992) ou pelo Discurso do Analista (LACAN, 1992). Os sintomas são polissêmicos, são signos e significantes. Na psicopatologia de Freud, de acordo com Dunker (2014, p. 77):

O que genericamente designa-se como sintoma – esta categoria que funda historicamente toda clínica possível – admite tanto o sentido de experiência de sofrimento (sintomas transitórios), quanto o sentido de signo patognômico de um processo patológico (sintoma típico) e, ainda, o sentido de mal-estar ainda não reconhecido ou nomeado coletivamente (sintomas individuais).

Se a saúde física não se comporta como uma ciência exata, ao contrário do que pensavam os preventivistas (AROUCA, 2003), na saúde mental tem-se um hiato ainda maior, porque não há nada mais impossível de quantificar do que a dor psíquica, compreender o sintoma é bastante difícil. Costa-Rosa (2013, p. 106) pontua que na Atenção Psicossocial, “Para poder escutar é preciso, ainda, compreender a especificidade radical das demandas no campo subjetivo; é preciso também reconhecer a singularidade do saber (saber inconsciente e saber sobre o não sabido) único que é capaz de operar na resposta a tais demandas”.

No PPHM, os “transtornos mentais e comportamentais” são abordados como doenças neuropsiquiátricas, de forma que o sujeito é sujeito-objeto, ou, em outras palavras, objeto-doença. Dunker (2014) faz uma revisão da diagnóstica psicanalítica, diferenciando patologia psiquiátrica do *pathos* do qual se ocupa a psicanálise:

Na classificação freudiana podemos ver que o diagnóstico não é um simples ato de nomeação de um processo patológico, mas uma reconstrução de uma forma de vida (Dunker, 2011b), que deve incluir ou pressupor suas próprias práticas, produtivas ou improdutivas de nomeação, sua economia social de nomeação, seus planos de articulação entre sofrimento, sintoma e mal-estar, bem como sua inserção em dispositivos práticos, institucionais ou discursivos de tratamento (DUNKER, 2014, p, 78).

Tendo em vista que a realidade psíquica e a realidade social existem em continuidade indissolúvel, Costa-Rosa (2013a) circunscreveu a Atenção Psicossocial como um campo de práxis, transversalizado pelos ideais socioeconômicos-culturais de uma certa Formação Social, entendendo que: “Os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem segundo a sua livre vontade, em circunstâncias escolhidas por eles próprios, mas nas circunstâncias imediatamente encontradas, dadas e transmitidas” (MARX; ENGELS, 1982, p. 223). Esta perspectiva *sui generis* quanto ao entrelaçamento do sujeito e do social levou Costa-Rosa (2013a) a criar o termo *subjetividadessaúde*, para grifar que ambas são, necessariamente, homólogas.

A partir do Materialismo Histórico (MARX, 1975; 2004; MARX; ENGELS, 1982) afirmamos que as práticas dos estabelecimentos psicossociais, bem como a concepção do que é saúde, do que é doença e do que é cura, e suas representações sofrem interpelação ideológica. “Podemos mostrar que para Freud a psicologia é uma ciência ou um conhecimento de tipo histórico, e a compreensão do mais individual deve recorrer à origem coletiva e ao devir histórico para compreender, no presente, a constituição do sujeito” (ROZITCHNER, 1989, p. 61).

Se a história do homem é a de sua expropriação e alienação terminal, de sua inclusão em um sistema de dominação no qual as condições que levaram a esta dominação ficam paulatinamente excluídas de sua consciência e de sua percepção, então é também aquela com referência à qual sua estrutura subjetiva, sua individualidade, sua mesmice, seu irreduzível ser homem e seu modo de ser no tempo que lhe é dado por viver, dependerá então desse mesmo processo que o constituiu como forma psíquica. O sistema de produção é também produtor do aparato psíquico. [...]. Sempre o indivíduo é o índice do sentido de cada sistema, e sua modalidade de existência é inseparável da descrição do sistema (ROZITCHNER, 1989, p. 68-69).

A desigualdade econômica constitui verdadeiras iniquidades em Saúde (BRASIL, 2008b), portanto, seria previsível que num dado momento uma onda de protestos pudesse surgir. Pensando nisso, diante da necessidade de regular/controlar as possíveis revoltas dos pobres, prejudicados quanto ao acesso à saúde, à habitação, ao trabalho, ao lazer, entre outros, a cultura psicológica (CASTEL, 1987) passou a fabricar saberes e fazeres que psicologizam os conflitos sociais.

Os conhecimentos produzidos na Universidade, com o aval da Ciência Moderna (SANTOS, 2006), na figura da famigerada Psiquiatria DSM, têm desencadeado a medicalização como produto de um fenômeno bem delimitado – a psicologização. A Psiquiatria DSM é decisiva para estabelecer a cultura psicológica (CASTEL, 1987), que fundou práticas psiquiátricas e terapêuticas capazes de descrever, classificar, e, tratar (por que não?) tudo e todos por meio do suprimento químico (remédios) e do suprimento de sentido, ofertado nas terapias cognitivas, comportamentais e tantas outras terapêuticas de ortopedia do ego

A cultura psicológica se apresenta como alternativa em uma situação em que os investimentos sociais se eximem, e tanto mais que as alternativas políticas estão embaralhadas [...]. A psicologia representa aqui um papel homólogo ao da cirurgia estética, cuja finalidade é menos reparar os corpos do que lhes proporcionar uma mais-valia de harmonia e de beleza (CASTEL, 1987, p. 156-159).

No contexto da cultura psicológica (CASTEL, 1987), o papel da Psiquiatria, da Psicologia, da Terapia Ocupacional e disciplinas afins tais quais a Pedagogia e o Serviço Social, é diluir as tensões da luta de classes transformando-as em outros problemas – transtornos mentais e comportamentais, distúrbios da aprendizagem, da sexualidade, etc. Sendo assim, é oportuno indagarmos qual concepção de saúde e de cidadania está em jogo nas terapêuticas ditas psicossociais.

A saúde nos termos do PPHM equivale à readaptação do indivíduo ao instituído social dominante, aos ideais plasmados em valores morais e consolidados pelas instituições tais

como a família, o trabalho e a religião. Se pensarmos nos estabelecimentos institucionais públicos da Saúde e da Assistência Social, onde se tratam os pobres, esses deveres morais se expressam com mais força, há uma exigência explícita de controle e disciplina.

Para ilustrar o quanto os tratamentos disponíveis nos estabelecimentos públicos podem ser formas de dominação e de normatização, tomaremos o exemplo da judicialização da Saúde. As internações involuntárias e compulsórias têm se tornado bastante comuns na Saúde Mental como meios legais de forçar as pessoas à reabilitação, Jorge (1978) refere que “a ordem médica é da alçada da ciência, mas ela é sobretudo uma ordem jurídica” (p. 10).

A saúde deixou de ser um direito dos cidadãos para tornar-se um dever, o Estado é que tem o direito de ter cidadãos saudáveis! A perversidade desse imperativo de reabilitação só pode ser lida nas lacunas discursivas: vê-se um enunciado que ordena ao bem, àquilo que é moralmente bom – trabalhar, produzir, casar, etc. –, mas este bem supremo de reabilitar, lido no seu avesso, revela uma verdade: a redução do sujeito à condição de objeto – de domínio e de gozo.

No PPHM o intuito é a eliminação dos sintomas e não do sofrimento. A dimensão psíquica é neurobiológica, como se o adoecimento fosse uma manifestação sintomática de um cérebro e de um corpo sem história, sem nome próprio, portanto, tão desumanizado quanto os pacientes identificados por números nos hospitais. Em relação às terapêuticas, por corresponderem ao MCP, tratam apenas da cura como adaptação, produzindo formas de subjetividade da saúde capitalísticas, alienadas.

Considerações Finais

Desde a Reforma Sanitária ficou evidenciado que uma transição paradigmática quanto às formas de se conceber e, conseqüentemente, de tratar a saúde e a cidadania, dependia da participação popular – implicação subjetiva e sociocultural –, pois as revoluções só poderiam ser realizadas pelo protagonismo do sujeito oprimido e do coletivo social, somente assim, poderia haver transformações estruturais na sociedade (PAIM, 2007; MENDES, 2006) em direção à justiça social. As práticas produtivas próprias do PPHM (COSTA-ROSA, 2013c) são voltadas para o controle, para a disciplina, para a regulação e não para a emancipação.

Se as ampliações na clínica forem parciais, a saúde e a cidadania não passarão de meras concessões táticas do MCP, encarnado pelo Estado liberal-democrático, correndo-se o risco de que a RPb seja uma revolução passiva (GRAMSCI, 1995; 200), incapaz de confrontar a

hegemonia do PPHM. Nesse caso, a RPb serviria ao Processo de Estratégia de Hegemonia, para que os interesses da classe social dominante se mantenham seguros, promovendo práticas de efeito ideológico, que propagariam o ideal de uma sociedade inclusiva e igualitária, que, portanto, seriam bem-recebidas, assumidas e impulsionadas pelo polo subordinado, minando suas pulsações instituintes e bloqueando suas forças de transformação que nascem da insatisfação.

Gramsci põe à luz o nível de profundidade no qual se descobre a hegemonia burguesa alicerçada na conquista do consenso do proletariado. Agora, todavia, o processo histórico completou um ciclo, que permite desvelar um nível ainda mais profundo do conhecimento social: aquele em que se torna patente o reformismo ontológico do proletariado, sua preferência fundamental pelos benefícios dentro do próprio sistema capitalista (GORENDER, 1999).

Isto posto, nos parece fundamental reiterar que a ideologia capitalista se sobrepõe às práticas em Saúde, desconsiderando a sociabilidade e a coletividade do processo saúde-adoecimento-Atenção e fazendo passar a ideia de que os trabalhadores da Saúde podem ser profissionais liberais, politicamente neutros. Defendemos que uma clínica ampliada no contexto do SUS é necessariamente crítica e recusa a posição de neutralidade com relação à luta de classes. É ainda, e sobretudo, uma clínica que recusa os princípios disciplinares e reducionistas sujeito-objeto, doença-cura e saber-poder, pois, considera a dimensão subjetiva e a dimensão social (político-econômica) da experiência de adoecer e de curar-se.

Consideramos que é eticamente necessário discutir os limites e possibilidades da RPb imbuída na ideologia liberal, pois, acreditamos que, para a ampliação da clínica, é preciso superar dialeticamente o PPHM (COSTA-ROSA, 2013c), superação esta que depende da completa diferenciação quanto aos quatro analisadores propostos por COSTA-ROSA (2013c, p.16), a saber, são eles: 1). Concepção do “objeto” e dos “meios” teóricos e técnicos de seu manuseio; 2). Concepção da gestão do Estabelecimento através do qual essas práticas são realizadas; 3). Concepção das relações entre instituição e clientela/população do território e também a relação recíproca; e 4). Concepção dos efeitos pretendidos e realizados em termos terapêuticos e em termos éticos.

A reabilitação psicossocial ao propor terapêuticas de teor fundamentalmente sociologizantes se distancia da clínica em intensão (LACAN, 2003) propondo práticas homólogas ao alienismo reformado pelos discursos da humanização. Por outro lado, ao propor terapêuticas de teor fundamentalmente psicologizantes baseadas na Psiquiatria DSM e na

cultura psicológica, que não consideram os conflitos da luta de classes e o processo da produção social do adoecimento propõe práticas homólogas ao alienismo reformado pelos manuais da medicalização.

No PPS há um limite claro do que é tratável na clínica *stricto sensu* e o que deve ser remetido ao tratamento no social – aqui está incluída a pobreza entendida por Freud (1996b) como uma “frustração real” (p. 434). Na clínica em intensão (LACAN, 2003) a psicanálise nada teria a dizer sobre essas frustrações reais, pois, o trabalho da análise seria tornar consciente os conteúdos inconscientes, tratando as repressões e as causas da formação dos sintomas. Freud concluiu que “Ali onde as repressões (ou os processos psíquicos análogos) não podem ser desfeitos, nossa terapia não tem nada a esperar” (1996b, p. 437). Sendo assim, se a gênese do sofrimento é social, não adianta tratá-lo em terapia.

Ao apresentar o PPS como o oposto do PPHM, esperamos ter contribuído para a ampliação da clínica na Atenção Psicossocial, tendo no horizonte uma ética para a RAPS que seja precavida da ineficácia de psicologizar, terapeutizar e medicalizar a luta de classes e, igualmente, precavida da impossibilidade de sociologizar, governar, educar e curar o sujeito do inconsciente, cujo corpo está para-além do orgânico. Trata-se, portanto, de operar a partir de uma ética que possa sustentar, nos avessos da disciplina e do controle, nas brechas do PPHM, os (im)possíveis da Atenção Psicossocial.

Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) caracterizam a Atenção Psicossocial como um conjunto de práticas cujos referenciais teórico-técnico e ético-político se opõem radicalmente ao mandato social da Psiquiatria, à psiquiatria asilar, o que significa dizer que o PPS (COSTA-ROSA, 2013c) não é complementar ao PPHM, é, justamente, o seu antípoda. Ao propor o PPS, Costa -Rosa (2013a) marcou o ponto de partida para novas possibilidades de tratamentos singularizantes na RAPS que, sem desconsiderar o particular do psiquismo humano – o inconsciente –, integram o social, contextualizando o adoecimento e o sofrimento psíquico ao laço social, à luta de classes no MCP.

Partindo das conquistas da RPB e das proposições do PPS, entendemos que o SUS é um campo pulsional, que, por isso, sempre comportará lacunas: sempre haverá um passo a mais a ser dado, de modo que é eticamente necessário continuar a ampliação da Clínica, tendo no horizonte os interesses do polo social subordinado, do sujeito cidadão, sujeito do inconsciente.

Referências Bibliográficas

- AGUIAR, V. V. **Reflexões e contribuições sobre a terapêutica da psicanálise lacaniana aos profissionais de saúde**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.
- ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.
- AMARANTE, P. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-65.
- AMARANTE, P. É a cultura que faz pessoas demandarem manicômio, exclusão, limitação. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, n. 146, p. 14-17 nov. 2014. Entrevista concedida a Bruno Dominguez. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/12/entrevista-paulo-amarante-e-a-cultura-que-faz-pessoasdemandarem-manicomio-exclusao-limitacao/>. Acesso em: 26 mai 2015.
- AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.
- AMARANTE, P. O paradigma psiquiátrico. In: AMARANTE, P. (Org.). **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 39-63.
- AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2003.
- AZEVEDO, A. J. P.; ARAÚJO, A. A.; FERREIRA, M. A. F. consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPc e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 83-90, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0083.pdf>. Acesso em: 13 set. 2019.
- BARCELLOS, C. Organização espacial, saúde e qualidade de vida. In: **I Seminário nacional Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento**, 2000, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. v. 2. p. 27-34.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASAGLIA, F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do “espaço fechado”. In: AMARANTE, P. (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 23-34.
- BASOLI, L. P. **Figuras da clínica psi na atualidade: algumas contribuições à Saúde Mental**

Coletiva. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/158274>. Acesso em: 13 set. 2019.

BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/183927948/Livro-O-Territorio-e-o-Processo-Saude-Doenca-FIOCRUZ>. Acesso em: 20 fev. 2019.

BENELLI, S. J. A cultura psicológica no mercado de bens de saúde mental contemporâneo. **Estudos de Psicologia** (PUCCAMP. Impresso), v. 26, p. 515-536, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n4/12.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BENELLI, S. J. Apontamentos sobre as práticas psicológicas desenvolvidas nas entidades assistenciais que atendem a crianças e adolescentes pobres. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 12, n. 2, p. 1-30, Assis, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442013000200001&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 12 jul. 2019.

BENELLI, S. J. As éticas nas práticas de atenção psicológica na Assistência Social. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 31, n.2, p. 269-278, 2014a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2014000200012&lng=en&nrm=iso. Acessos em 12 jul. 2019.

BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. A construção de redes sociais: entre a conexão e a captura na gestão dos riscos sociais. In: CONSTANTINO, E. P. (Org.). **Psicologia, Estado e Políticas Públicas**. Assis: Unesp, 2010, p. 25-85.

BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. Dispositivos institucionais filantrópicos e socioeducativos de atenção à infância na Assistência Social. **Estudos de Psicologia**, Puc-Campinas, v. 30, n. 2, p. 283-301, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 20 dez 2017.

BENELLI, S. J. **Entidades assistenciais socioeducativas: a trama institucional**. Petrópolis: Vozes, 2014b.

BENELLI, S. J. **O atendimento socioassistencial para crianças e adolescentes: perspectivas contemporâneas**. São Paulo: Editora UNESP, 2016a.

BENELLI, S. J. Risco e vulnerabilidade como analisadores nas políticas públicas sociais: uma análise crítica. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 33, n. 4, p. 735-745, 2016b.

BENELLI, S. J. **Psicologia e assistência social: interfaces políticas, clínicas e éticas**. Curitiba: CRV, 2020.

BENELLI, S. J.; PÉRICO, W.; COSTA-ROSA, A. Por um psicólogo não normalizador no contexto das instituições públicas. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 16, n. 1, p. 1-17,

2017. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/841>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BENELLI, S. J. Problematizando a instituição pesquisa na universidade e nas práticas psicológicas: questões epistemológicas e éticas. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18, número especial, 2019, p. 88-120. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/download/1544/1354>. Acesso em 21 jan. 2020.

BERLINGUER, G. Determinantes sociales de las enfermedades. **Rev Cubana Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 33, n. 1, mar. 2007. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu03107.pdf>. Acesso em: 7 out. 2018.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Lex - Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginalia**, São Paulo, v. 75, p. 482-489, jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acesso em: 21 set. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set., 1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm. Acesso em: 21 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Brasília, 2008b. Disponível em: <https://docplayer.com.br/86008078-As-causas-sociais-das-iniquidades-em-saude-no-brasil.html>. Acesso em: 9 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias de Reabilitação Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas/851-saude-mental/41175-estrategias-de-reabilitacao-psicossocial>. Acesso em: 21 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 20 de março de 2002. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 132/GM, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jan. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html. Acesso em: 3 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.840/GM, de 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html. Acesso em: 3 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica** Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 08 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF, 2008. (Série B - Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf >. Acesso em: 8 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**: PNH. Brasília: Ed. Premium, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 14 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS)**: Eixo Políticas e Fundamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 15 mai. 2019.

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

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária,

2009.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Editora Ática, 2004.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do Discurso Médico**. Traduzido por Jorge Gabriel Noujaim, Marco Antonio Coutinho Jorge e Potiguara Mendes da Silveira Jr. São Paulo: Brasiliense, 1978.

CNS – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2018.

CNS – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Nacional Consolidado da 16ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2019. Brasília: 2019. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio_Nacional_Consolidado.pdf. Acesso em 03 jan 2020.

COSTA, M. F. **A clínica da urgência na unidade de pronto atendimento: da privatização da Saúde a uma aposta no sujeito do inconsciente**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/148827>. Acesso em: 24 set. 2018.

COSTA, M. F. Concepções de rede e estratégia na atenção psicossocial: diferenças, contradições e (inter)conexões. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 9, n. 22, p. 98-112, 2017.

COSTA-ROSA, A. A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade. In: COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: UNESP, 2013d. p. 55-90.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013a. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2014/08/0.-Costa-Rosa-A.-Atenção-Psicossocial-além-da-Reforma-Psiquiátrica-versão-revisada.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.

COSTA-ROSA, A. Carta de fundação do Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e “Subjetividade da saúde” (LATIPPSS). **Revista de Psicologia da UNESP**. v. 18, número especial, p. 5-8, 2020. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1540/1350>. Acesso em 09 jan. 2020.

COSTA-ROSA, A. Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde

coletiva. In: G. H DIONÍSIO, G. H.; BENELLI, S. J. (Orgs.). **Políticas públicas e clínica crítica**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 15-31

COSTA-ROSA, A. Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 32, p. 743-757, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/18.pdf> >. Acesso em: 10 jun. 2013.

COSTA-ROSA, A. Introdução Geral: reforma, ou além da psiquiatria? In: COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013b. p. 11-22

COSTA-ROSA, A.; LUZIO. C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma em saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (org). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13-41. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/122142836/7-a-Costa-Rosa-A-Luzio-C-A-Yasui-S-Atencao-Psicossocial>. Acesso em: 21 jan. 2019.

COSTA-ROSA, A. Modos de Produção das Instituições na Saúde Mental Coletiva: efeitos na terapêutica e na ética, ou a subjetividade capitalística e a Outra. In: COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013c. p. 23-54

COSTA-ROSA, A. Modo Psicossocial um novo paradigma nos Tratamentos Psíquicos na Saúde Coletiva. **Revista Vertentes**, UNESP, Assis, v. 05, p. 11-22, 1999.

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

COSTA-ROSA, A. **Saúde Mental Comunitária**: análise dialética das práticas alternativas. 1987. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia, São Paulo, 1987.

COTRIM, G. **Educação para uma escola democrática**. História e Filosofia da Educação. 5ª. ed. São Paulo: Saraiva, 1993.

CURY-JÚNIOR, J. E. Entre trilhas de saúvas, a emergência do sujeito: o grupo psicoterapêutico no contexto escolar. **Diálogo**, Canoas, n. 28, p. 41-58, abr. 2015. Disponível em: <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Dialogo/article/view/2115/1328>. Acesso em: 21 jan. 2019.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**. v. 6, n. 1, p. 60-79. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1010>. Acesso em 03 jan. 2020.

DUNKER, C. I. L Estrutura e personalidade na neurose: da metapsicologia do sintoma à narrativa do sofrimento. **Psicologia USP**, v. 25, n. 1, p. 77-96, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n1/09.pdf>. Acesso em 03 jan. 2020.

DRUMMOND, M.; DRUMMOND FILHO, H. **Drogas: a busca de respostas**. São Paulo: Loyola, 1998.

FINK, B. **O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

FINK, B. Ciência e psicanálise. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; FOANUS, M. (Orgs.). **Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 69-79

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXT0_1_POLITICA_DE_SAUDE_POLITICA_SOCIAL.pdf. Acesso em: 21 mar. 2019.

FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/183927948/Livro-O-Territorio-e-o-Processo-Saude-Doenca-FIOCRUZ>. Acesso em: 20 fev. 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Casos registrados de intoxicação e/ou envenenamento em 2013**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. Disponível em: <https://sinitox.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 9 set. 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Evolução dos casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017. Disponível em: <https://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Brasil10.pdf>. Acesso em: 9 set. 2019.

FLEMING, M. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.

FREUD, S. Além do princípio do prazer (1920). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 18. p. 11-75.

FREUD, S. Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Parte III) (1915-1916). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.

FREUD, S. O Eu e o Id (1923). In: FREUD, S. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004. v. 3. p. 13-66.

GALIEGO, A. H. B. **O dispositivo intercessor como modo de produção do conhecimento: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97528/000721719.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 24 set. 2018.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o Inconsciente**. 16. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

GOFFMAN, I. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOMES, V. P.; SILVA, M. T.; GALVÃO, T. F. Prevalência do consumo de medicamentos em adultos brasileiros: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 8, Ago 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.29412016>. Acesso em: 24 set. 2018.

GORENDER, J. Folha de S. Paulo. **Caderno Mais!** 21 nov. 1999. Disponível em: <https://www.acesa.com/gramsci/?page=visualizar&id=326>. Acesso em 18 set. 2019.

GOTO, C. S. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil Contemporâneo: ensaios da psicanálise lacaniana e da crítica da economia política**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2018. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/153085/goto_cs_me_assis.pdf?sequence=4. Acesso em 03 jan. 2020.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 9ª Edição. Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere** – Os intelectuais, o príncipe educativo, o jornalismo. Tradução e edição de Carlos Nelson Coutinho. Co-edição de Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000, vol. 2.

JORGE, M. A. C. Introdução. In: CLAVREUL, J. **A Ordem Médica: poder e impotência do Discurso Médico**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1978. p. 7-28.

JORGE, M.S.B.; RANDEMARK, N.F.R.; QUEIROZ, M.V.O; RUIZ, E.M. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 6, p. 734-739, Nov-Dez 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a03.pdf>. Acesso em 18 set. 2019.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.

LACAN, J. Do sujeito enfim em questão (1966). In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998b. p. 229-237

LACAN, J. **Estou falando com as paredes: conversas na Capela de Sainte-Anne**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

LACAN, J. **O Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud (1953-54)**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

LACAN, J. **O Seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (1954-55)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

LACAN, J. **O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente (1957-58)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LACAN, J. **O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise (1959-60)**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2008a.

LACAN, J. **O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998a.

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

LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: LACAN, J. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

LIBANEO, J. C. Tendências pedagógicas na prática escolar. In: LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 1994. p. 53-74

LUNA, L. Fazer viver e deixar morrer: a má-fé da saúde pública no Brasil. In: SOUZA, J. **Ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009. p. 305-327. Disponível em: <http://flacso.redelivre.org.br/files/2014/10/1143.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

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

MARX, K. O 18 de Brumário de Louis Bonaparte. In: MARX, K; ENGELS, F. **Obras escolhidas**. Moscou: Progresso, 1982, p. 220-268

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

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

MENDES, E.V. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MEXKO, S. **Psicologia e assistência social: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/150287>. Acesso em: 24 set. 2018.

MONDONI, D.; COSTA ROSA, A. Reforma Psiquiátrica e Transição Paradigmática no Interior do Estado de São Paulo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, n. 26, v. 1, p. 39-47, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/28860>>. Acesso em: 14 mai. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 16, v. 4, p. 2067-2076, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a06.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2019.

PAGNANO, J. R. C. **O hospital psiquiátrico como analisador da saúde mental de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2018. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/153958/pagnano_jrc_me_assis_int.pdf?sequence=7&isAllowed=y. Acesso em: 14 mai. 2019.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão e crítica. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>. Acesso em: 7 out. 2018.

PEREIRA, E. C. **Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. (Dissertação de Mestrado) Universidade Estadual Paulista, Assis, SP. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2011. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/97597>. Acesso em: 24 set. 2018.

PEREIRA, E. C.; COSTA-ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde Soc.**, v. 21, n. 4, p. 1035-1043, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a20.pdf>. Acesso em: 14 set. 2018.

PÉRICO, W. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra**: A clínica do sujeito na Saúde Coletiva. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/134191>. Acesso em: 24 set. 2018.

PÉRICO, W.; COSTA-ROSA, A. Do Terapêutico Alienante ao Analítico Singularizante: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico à clínica da Atenção Psicossocial. **aSEPHallus** (Online), v. 10, n. 19, p. 16-42, 2015. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_19/pdf/do_terapeutico_alienante.pdf. Acesso em: 28 mar. 2019.

PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Tradução de Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2007.

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

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente**: do desejo ao sintoma. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

QUINET, A. **A estranheza da psicanálise: a Escola de Lacan e seus analistas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59

ROZITCNHNER, L. **Freud e o problema do poder**. São Paulo: Escuta, 1989.

SAFATLE, V. Lacan, revolução e liquidação da transferência: a destituição subjetiva como protocolo de emancipação política. **Estud. av.**, São Paulo, v. 31, n. 91, p. 211-227, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142017000300211&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142017.3191016>.

SALGADO, A. C. S.; PENA, R. S.; CALDEIRA, L. W.D. Apoio institucional e militância no Sistema Único de Saúde (SUS): refletindo os desafios da mobilização dos sujeitos na produção de saúde. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, v. 18, supl. 1, p. 909-918, São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-576-icse-1807-576220130221.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2019.

SANTOS, B. S. **Conhecimento prudente para uma vida decente – Um discurso sobre as ciências** revisitado. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, G. A.; SHIMOGUIRI, A. F. D. T. Por um acolhimento simbólico: o campo singularizante da psicanálise na produção de 'subjetividade da saúde'. **Simpósio de Psicanálise e Prática Multidisciplinar na Saúde**, n. 1, p. 222-228, 19 nov. 2019. Disponível em: <http://anais.uel.br/portal/index.php/sppms/article/view/628>. Acesso em: 02 jan 2020.

SAVIANI, D. **Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações**. 2. ed. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1991. (coleção polêmicas do nosso tempo; v. 40).

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 32. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 1999.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; BENELLI, S. J. O Paradigma da produção social da saúde: a territorialidade do adoecimento e seus determinantes socioeconômicos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 17, n. 2, p. 1-16, 2018. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1534>. Acesso em 06 jan. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; COSTA, M. F.; BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. Discutindo a clínica e o tratamento da toxicomania: dos discursos a constituição subjetiva. **Psicologia USP**, v. 30, e180014, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642019000100207&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jul 2019.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T., COSTA-ROSA, A. A prática de atenção à saúde nos estabelecimentos psicossociais: efeitos do modo capitalista de produção. **Psicologia USP**, v. 28, n. 3. p. 389-395, São Paulo, 2017a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-65642017000300389&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 set. 2018.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T., COSTA-ROSA, A. Contribuições do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma análise dialética do fazer e da genericidade humana. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.**, v. 1, n. 5, p. 704-720, Rio de Janeiro, 2017c. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/9655/pdf>. Acesso em 06 jan. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T., COSTA-ROSA, A. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, v. 21, n. 63, p. 845-856, São Paulo, 2017b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220160202.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma clínica do desejo e do carecimento na saúde coletiva**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2016. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/134320/shimoguari_afdt_me_assis.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 09 de jan. 2016.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; PÉRICO, W. O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 13, n. 1, p. 33-51, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442014000100004. Acesso em: 12 de jan. 2016.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. O Paradigma Psicossocial: parâmetros mínimos para as práticas substitutivas ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18, número especial, p. 198-216, 2019a. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1549/1359>. Acesso em: 14 de jan. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. Subjetividade e trabalho-pesquisa em saúde mental: subversões possíveis do discurso da ciência. **Aquila**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 88-95, 2018. Disponível em: <https://ojs.uva.br/index.php/revista-aquila/issue/view/13>. Acesso em: 02 de jan. 2019.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. Um tratamento possível da toxicomania no Centro de Atenção Psicossocial: a oficina terapêutica sob viés da psicanálise. **Simpósio de Psicanálise e Prática Multidisciplinar na Saúde**, n. 1, p. 148-154, 20 nov. 2019b. Disponível em: <http://anais.uel.br/portal/index.php/sppms/article/view/618>. Acesso em: 02 jan. 2020.

SOLLER, C. O sujeito e o Outro II. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; FOANUS, M. (Orgs). **Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 58-67

YASUI, S. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 1999.

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

YASUI, S. COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em debate**, v. 32, n. 78/80, p. 27-37, 2008.

ENSAIO 5

Por que o tratamento da psicose no Centro de Atenção Psicossocial exige uma terapia ocupacional ampliada pela psicanálise de Freud e Lacan?

Resumo: o Tratamento Moral proposto pela psiquiatria pineliana supunha que o isolamento social e a rotina de trabalho-ocupação eram os melhores tratamentos para a loucura, assim, o uso do trabalho-ocupação visando à reabilitação dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos foi o que primeiro caracterizou a terapia ocupacional (TO) como profissão da Saúde Mental: no Brasil, pelo menos até o final do Séc. XX, quando os movimentos da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) se fortaleceram, a TO foi aplicada como técnica de adequação comportamental (vigilância, controle e disciplina). Considerando os fundamentos da RPb, o objetivo geral deste Ensaio foi apresentar a Terapia Ocupacional Psicossocial como uma metodologia de trabalho sintônica com as atribuições dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). As contribuições da Psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico nos permitiram discutir e justificar o uso das atividades artísticas como dispositivos de subjetivação, recursos para tratar o sofrimento psíquico intenso na psicose. Para elucidar como se dá a implicação da psicanálise na arte e na TO Psicossocial utilizamos o relato de um dos casos atendidos no CAPS. O objetivo específico foi a proposição de uma terapêutica ocupacional que inclui em justa medida o ser social (sujeito cidadão) e o sujeito (do inconsciente): uma TO pautada no ideário da produção social da saúde, que possa contribuir com o fortalecimento do SUS e da Atenção Psicossocial e, quiçá, com a formação de outros terapeutas ocupacionais, que poderão servir-se deste trabalho para reinventar suas práticas na Saúde Mental.

Palavras-chaves: Terapia Ocupacional; Atenção Psicossocial; Psicanálise de Freud e Lacan; Arte; Psicose.

Why does the treatment of psychosis in Psychosocial Care Center require an Occupational Therapy expanded by Freud and Lacan's psychoanalysis?

Abstract: the Moral Treatment proposed by Pinel's psychiatry assumed that social isolation and the work-occupation routine were the best treatments for madness, thus, the use of work-occupation aiming the rehabilitation for psychiatric hospitals's patients was the first characteristic of Occupational Therapy (OT) as a Mental Health's profession: in Brazil, at least until the end of the 20th century, when the Brazilian Psychiatric Reform (BPR) movements were strengthened, the OT was applied as a behavioral adaptation technique (surveillance, control and discipline). Considering the fundamentals of BPR, the general objective of this Essay was to present Psychosocial Occupational Therapy as a work's methodology that corresponds with the attributions of the Psychosocial Care Centers (PSCC). The contributions of Freud and Lacan's Psychoanalysis and Historical Materialism have allowed us to discuss and justify the use of artistic activities as devices of subjectification, resources to treat the intense psychological suffering in psychosis. To elucidate how psychoanalysis is involved in the Art and in the Psychosocial OT, we've used the report of one of the cases treated at PSCC. The specific objective was the proposition of an

occupational therapy that includes with the same measure the social being (the citizen) and the subject (of unconscious): na OT based on the ideals of social health production, that can contribute to the strengthening of SUS and Psychosocial Care and, perhaps, to inspire other occupational therapists to use this work to reinvent their practices in Mental Health.

Keywords: Occupational Therapy; Psychosocial Care; Freud and Lacan's Psychoanalysis; Art; Psychosis.

Introdução

Até o Séc. XVIII a loucura não era entendida como doença, na Grécia Antiga os loucos eram considerados possuidores de poderes divinos, depois, na Idade Média, foram considerados possuidores de poderes demoníacos. Quando a loucura foi vinculada à malignidade dos maus espíritos, os loucos passaram a ser enclausurados, presos em correntes, e em casos extremos, queimados em fogueiras. Ao fim da Idade Média, surgiram movimentos contrários ao obscurantismo introduzido na Europa pela Igreja Católica, e o teocentrismo foi substituído pelo Humanismo, corrente filosófica que antecipou o Renascimento e a Revolução Científica (BACHUR, 2006). Em consequência à queda do teocentrismo, a loucura foi transformada num problema social a ser tratado pela medicina.

Os estudos de Pinel (2007), incluídos no que se chamou de Alienismo, inauguraram as ciências mentais e delimitaram o objeto da psiquiatria (alienação/doença mental), seus meios de trabalho (Tratamento Moral) e os estabelecimentos institucionais próprios para os loucos (asilos, hospícios, manicômios). O Tratamento Moral proposto pela psiquiatria pineliana supunha que o isolamento social e a rotina de ocupação-trabalho nos asilos eram a melhor forma de tratar a alienação, assim, Esquirol (1872-1940), discípulo de Pinel, ressaltava que “No hospício o que cura é o próprio hospício. Por sua estrutura e funcionamento, ele deve ser um operador de transformações dos indivíduos” (BRASIL, 2008, p. 62).

O Tratamento Moral firmou o trabalho como eixo regulador das mazelas da sociedade. Acreditava-se que a laborterapia desempenhava uma função corretiva e disciplinar, sendo o principal recurso para a organização e manutenção do ambiente asilar, porque contrapunha-se ao ócio desorganizador. Neste contexto, a ocupação, no seu aspecto de trabalho, passou a ter grande valorização social (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA; 2017a, p. 846).

As tentativas de dar à ocupação-trabalho ares de cientificidade para caracterizá-los como terapêuticas médicas surgiram junto com o nascimento da Psiquiatria na Europa e continuaram ocorrendo, sob o viés do Alienismo (PINEL, 2007), ao redor do mundo todo. Nos Estados Unidos, no início do Séc. XX, Adolph Meyer criou um programa de tratamento psiquiátrico aos moldes dos tratamentos europeus, também denominado Tratamento Moral. Na Alemanha, em 1929, Herman Simon sistematizou a “Terapia Ativa” e em 1936, também na Alemanha, Carl Schneider criou o programa “Ocupação Biológica” (BENETTON, 2006).

O tratamento ocupacional de Meyer, a partir de ocupações de características ressocializantes, buscava encontrar o equilíbrio e a consciência da realidade, isto é, a

conduta adaptada ao social, em contraposição ao comportamento antissocial do doente. As ocupações eram prescritas aos doentes de acordo com seu grau de consciência. [...]. Já a Terapia Ativa de Simon retorna o trabalho produtivo para combater a inatividade, organizar o meio manicomial e desenvolver a responsabilidade do doente mental. [...] A Terapia Ativa propõe o uso da ocupação escalonada em graus de dificuldades de realização. Através da divisão do trabalho em etapas, semelhante à da produção em série, todos os doentes podiam ocupar-se e com isto manter organizado o ambiente manicomial. [...]. O programa “Ocupação Biológica” (1936) criado por Schneider tinha como pressuposto básico que as atividades oferecidas aos doentes levando em conta suas capacidades remanescentes (Terapia Ativa), além de levarem a um equilíbrio somático e psíquico, possibilitavam a descarga dos processos psíquicos patológicos, assim como o exercício de funções conservadas (BENETTON, 2006, p. 27-28).

Adolph Meyer (1866-1950), Herman Simon (1867-1947) e Carl Schneider (1891-1946) foram os responsáveis por consolidar o uso da ocupação-trabalho como técnica médica-psiquiátrica (BENETTON, 2006). Embora os tratamentos utilizados por esses três psiquiatras pareçam ser semelhantes por se centrarem no uso da ocupação-trabalho, é fundamental analisarmos suas diferenças conceituais quanto à compreensão de doença, de cura e de adaptação social e, especialmente, como o uso das atividades se insere neste contexto, visto que é a articulação da teoria com as técnicas que definirá quais serão os resultados do tratamento.

Em Meyer se encontra uma filosofia humanitária e o uso do trabalho-ocupação como recurso terapêutico era pensado a partir de referenciais psicodinâmicos (MESSIAS, 2017). Antes de ser aplicado o treinamento de hábitos, havia a preocupação em compreender a história de vida dos pacientes, incluindo fatores biológicos, psicológicos e sociais do adoecimento. Slangue (1876-1942), criadora da profissão Terapia Ocupacional, foi pupila de Meyer e apesar de ter sofrido forte influência do modelo biomédico, direcionou seu trabalho não para combater a doença mental e suprimir os sintomas, mas, para estimular a criação de novos hábitos saudáveis. Este é um diferencial importante, na medida em que aproxima a TO da proposta de promoção de saúde, sem restringi-la às intervenções curativas (BENETTON, 2006).

Simon foi o precursor de ideias que levaram a reformulações do espaço asilar, para ele, os pacientes não deveriam ser mantidos nos leitos, a Terapia Ativa propunha que a ociosidade agravava a doença mental, já o trabalho poderia favorecer a recuperação. As ideias deste psiquiatra foram retomadas pelos movimentos de Reforma Psiquiátrica: a comunidade terapêutica e a psicoterapia institucional francesa (AMARANTE, 1995).

Inspirado pelo trabalho de Simon que buscava sistematizar a propriedade curativa de

cada atividade, o programa “Ocupação Biológica” de Schneider propunha “Atividades específicas escolhidas em função dos sintomas de cada doença ou síndrome” (BENETTON, 2006, p. 28). Os pacientes com distúrbios neuropsiquiátricos eram submetidos a um extenso processo de diagnósticos e tratamentos além da terapia pela ocupação, dentre eles o coma insulínico e o eletrochoque.

Para Schneider, aqueles que depois de submetidos ao programa fossem considerados como incuráveis, não podendo ser integrados à sociedade, perderiam a razão de existir também no sentido biológico. No departamento de pesquisa de Heidelberg, nos anos de 1943 e 1944, cinquenta e duas crianças e adolescentes foram submetidos ao programa; no final, vinte e um pacientes acabaram mortos por overdose de medicação e esses assassinatos foram justificados pela ciência médica.

A Ocupação Biológica baseava-se em procedimentos coercitivos e disciplinares, apenas o trabalho (mesmo se fosse forçado) era tido como recurso terapêutico, visto que se supunha que as atividades laborais quando rigorosamente executadas minimizavam os sintomas psicopatológicos. Sob a ordem de Schneider, as atividades artísticas e expressivas foram proibidas no asilo psiquiátrico de Eichberg (ROTZOLL; HOHENDORF, 2012), era uma psiquiatria nazista que previa a esterilização e até mesmo a eutanásia das pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas. O que foi posto em curso por Schneider, longe dos interesses humanitários, era um projeto de extermínio, de eugenia e de higiene social.

Não é o uso puro e simples da ocupação, do trabalho e das atividades humanas que determina o caráter da TO, mas sim, a aplicação deles em condições e situações determinadas (BENETTON, 2006). Com esses diferentes exemplos quanto ao uso que foi feito da ocupação-trabalho pelos psiquiatras, concluímos que qualquer procedimento terapêutico em TO precisa ser criticamente analisado quanto aos seus fins, sobretudo, é preciso questionar o que se entende por inserção social, pois a maior parte dos tratamentos, de uma forma ou de outra, acaba citando a adaptação/inserção social como objetivo a ser alcançado (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA; 2017a; 2017b).

Jô Benetton (2006) considera que na TO há diferentes fundamentos para a criação de técnicas e formas de proceder, desde os fundamentos psicodinâmicos adotados por Meyer aos fundamentos neurobiológicos adotados por Schneider, para ela “Os estudos de Schneider dão o arremate final para o que hoje se denomina Terapia Ocupacional dentro do modelo médico” (BENETTON, 2006, p. 28). A grande influência do modelo médico na TO se explica pela própria história da criação da profissão, que se deu em razão de duas providências principais

na área da Saúde: 1) ocupar os pacientes psiquiátricos sob a premissa do Tratamento Moral (PINEL, 2007); e 2) suprir custos das internações com a criação das indústrias hospitalares (BENETTON, 2006).

A prescrição das atividades, do trabalho-ocupação, como procedimentos terapêuticos com vistas à adaptação social dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos é o que primeiro caracterizou a TO como profissão da Saúde Mental. Com a finalidade de se alcançar a adaptação social, os terapeutas ocupacionais exploravam os componentes cognitivos e motores preservados dos pacientes institucionalizados, de modo que “As técnicas desenvolvidas para o tratamento de doentes mentais e deficientes físicos estavam diretamente dependentes das capacidades remanescentes desses indivíduos” (BENETTON, 2006, p. 21).

O uso da trabalho-ocupação como técnica de diagnóstico e de tratamento se difundiu numa relação íntima com o Tratamento Moral (PINEL, 2007), enquanto terapêutica característica dos hospitais psiquiátricos e da psiquiatria alienista (LIMA, 2004; 2006), portanto, relacionado às intervenções mormente curativas, centradas no raciocínio cartesiano normal-patológico e doença-cura.

Com um tipo de medicação pouco eficaz no trato dos sintomas psiquiátricos, os médicos tinham na ocupação uma conduta relativamente eficiente para o enfrentamento à perseveração de condutas inalteradas e inadequadas, para a manutenção do ambiente hospitalar relativamente organizado e para, em alguns casos, uma real educação. Em 1936, quando a insulino-terapia e o eletrochoque começaram a ser utilizados na minimização de sintomas, a ocupação era a conduta médica mais prescrita pelos psiquiatras (BENETTON, 2006, p. 32).

É necessário considerar que não foi aleatoriamente que a TO elegeu como procedimento terapêutico o trabalho-ocupação. Por um lado, isto se deu em resposta às demandas da ciência médica para sedimentar a propriedade curativa do Tratamento Moral, e por outro lado, em resposta à ideologia dominante do Modo Capitalista de Produção (MCP) que tinha grande interesse em atribuir os mais elevados valores socioeconômicos-culturais ao trabalho (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017a; 2017b; LIMA, 2004). “A valorização e dignificação do trabalho eram base para a construção de uma nova sociedade organizada em torno da produção capitalista que requeria a sujeição do ritmo da vida ao tempo da produção” (LIMA, 2004, p. 4).

Marx compreendeu que o trabalho em si tinha sofrido uma mudança decisiva no mundo moderno: o trabalho não somente se tornara a fonte de toda a riqueza e, consequentemente, a origem de todos os valores sociais, mas todos os homens, independente da classe de origem, seriam mais cedo ou mais tarde destinados a se

tornarem trabalhadores, e que aqueles que não pudessem ser ajustados para este processo do trabalho seriam vistos e julgados pela sociedade como meros parasitas. (ARENDT, 2002, p. 278, *tradução nossa*).

A TO que servia à Ciência Moderna e à ideologia capitalista, sendo uma profissão técnica auxiliar da medicina, considerava o trabalho como fim e como meio: adaptação social pelo e para o trabalho. Com efeito, Franco Basaglia (1982) foi preciso em dizer que a psiquiatria alienista era altamente repressiva, uma forte arma do Estado para oprimir os doentes pobres, de maneira que a função dos hospitais psiquiátricos era controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção. Para Machado (2008, p. 18), o hospital psiquiátrico é “resultado de uma luta médica e política que impõe, cada vez com mais peso, a presença normalizadora da medicina como uma das características essenciais da sociedade capitalista”, e a psiquiatria, uma “instância político-científica de controle normalizador da vida social”.

A partir da segunda metade do Séc. XX, com os avanços da indústria químico-farmacêutica e o advento dos neurolépticos, os psiquiatras deixaram de prescrever a TO como tratamento principal nos hospitais psiquiátricos, substituindo o Tratamento Moral pelo uso da medicação. De acordo com Piccinini (2017), a descoberta da Clorpromazina nos anos de 1950 desencadeou a revolução psicofarmacológica da psiquiatria, assim, nos anos seguintes, a ciência médica dispendeu muitos esforços em pesquisas de psicotrópicos: entre 1954 e 1975 cerca de quarenta tipos de psicofármacos foram introduzidos no mercado para o tratamento psiquiátrico.

Tendo em vista a nova psiquiatria químico-farmacêutica, o consequente declínio do Tratamento Moral e a diminuição da importância do trabalho-ocupação nos hospitais psiquiátricos, somente no período posterior à Segunda Guerra Mundial (1939- 1945) se abriu novamente um campo de trabalho propício para a TO. Havia um grande contingente de soldados a serem reabilitados, com limitações físicas e outras sequelas decorrentes dos combates, além das neuroses de guerra. “A terapia ocupacional se configurou como uma das profissões que compunham as ‘auxiliares da reconstrução’, lidando com lesões e deficiências geradas pela Guerra, participando ativamente nos processos de reabilitação” (MONZELI; MORRISON; LOPES, 2019, p. 238).

Na América Latina os efeitos da I e da II Guerra Mundial não foram tão devastadores, por isso, a expansão da TO nos países latino-americanos esteve mais relacionada às medidas sanitárias para tratar as comorbidades resultantes das epidemias de poliomielite. Influenciada

pelo movimento internacional de reabilitação, em 1954, foi fundada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, uma das principais instituições onde começaram os programas de formação em terapia ocupacional (MONZELI; MORRISON; LOPES, 2019).

Este contexto regional, caracterizado por países latino-americanos sendo obrigados a lidar com as causas dessas epidemias de poliomielite ao mesmo tempo em que se produziam técnicas de prevenção às infecções e tecnologias de atenção às pessoas acometidas por essa enfermidade, desencadeou o desenvolvimento de disciplinas relacionadas com a reabilitação [...]. Tal processo desencadeou a criação e expansão de carreiras compreendidas, até então, como tecnologias médicas, dentre elas a terapia ocupacional (MONZELI; MORRISON; LOPES, 2019, p. 240).

Monzeli, Morrison e Lopes (2019) defendem que nos países da América Latina a TO não se restringiu aos centros de reabilitação, mas também se destacou na área da Saúde Mental, e este é nosso ponto de interesse: a inserção da TO nos hospitais psiquiátricos e demais instituições direcionadas às pessoas tidas como loucas. Nesses estabelecimentos o valor socio econômico-cultural do trabalho, apesar dos avanços da psiquiatria químico-farmacêutica, continuo sendo reforçado, senão pelas teorias do Tratamento Moral (PINEL, 2007), pelo senso comum, visto que a ideologia capitalista transformou a sociedade moderna numa sociedade de meros trabalhadores (ARENDT, 2002).

Acreditamos que a dominância dos ideais socioeconômicos-culturais capitalistas é responsável por manter o trabalho como índice de normalização e expressão de saúde (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017a; 2017b). Os fundamentos do modelo médico, que apontam o trabalho como procedimento terapêutico e como objetivo final das intervenções, atualmente, mesmo com o declínio do Tratamento Moral (PINEL, 2007) e com as políticas públicas da Atenção Psicossocial, continuam atravessando os procedimentos terapêuticos ocupacionais utilizados na Saúde Mental (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017a; 2017b).

Em 2011, passados dez anos da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2001b), o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), para regulamentar a atuação da TO na Saúde Mental, publicou que o terapeuta ocupacional nos estabelecimentos psicossociais deve “Conceber e supervisionar oficinas terapêuticas visando à internalização de valores laborais e econômicos” (COFFITO, 2011).

Predominantemente, no Brasil, pelo menos até o final do Séc. XX, quando os movimentos da Reforma Psiquiátrica brasileira se fortaleceram, a TO, tal qual a Psiquiatria, se configurou como uma técnica de normalização, de adequação comportamental, para atender aos interesses da classe social dominante: “O trabalho e as ocupações eram indicados como

capazes de alcançar a organização do pensamento, o reatamento das relações e das realizações, a contenção da excitação e a orientação da conduta e do comportamento” (BENETTON, 2006, p. 32).

Para Arendt (2002) as ciências do comportamento inseridas no MCP têm como pretensão reduzir o homem a apenas um animal comportado, que trabalha, produz e consome. A Psiquiatria, até os anos de 1960, quando não havia ampla utilização dos psicofármacos, empregava não apenas o Tratamento Moral, mas também terapias extremamente agressivas e invasivas, se utilizava o eletrochoque, a malarioterapia, a insulinoterapia (para induzir ao coma diabético) e o cardiazol, medicamento usado para provocar convulsões (BRASIL, 2008, p. 9).

Nosso objetivo neste Ensaio é construir uma teoria capaz de sustentar uma técnica, para desenvolver o dispositivo que temos designado “Terapia Ocupacional Psicossocial”, demonstrando que, ao fazer atividades na TO, em vez de se reproduzir o trabalho alienado, é possível produzir algo novo: uma obra de arte que seja uma resposta diante da dor psíquica – produção de saúde. Para tanto se faz necessário discutir a TO, mais especificamente seus instrumentos de trabalho – as atividades –, rompendo com o paradigma da psiquiatria alienista que reduziu a potência do fazer humano à ocupação-trabalho como ferramentas de coerção e disciplina, visto que no ideário capitalista a dimensão do fazer humano se enquadra na Lei do Mercado – (re)produção alienada.

Ao fim deste texto pretendemos ter oferecido subsídios teóricos-conceituais que nos permitem discutir e justificar o uso das atividades como procedimentos terapêuticos ocupacionais para o tratamento do sofrimento psíquico e ter encontrado alguns encaminhamentos para as questões: fazer atividades é procedimento terapêutico para tratar o quê? Todas as atividades são terapêuticas? Qual a diferença entre uma oficina coordenada por um terapeuta ocupacional e uma oficina coordenada por outros profissionais?

Histórias da Terapia Ocupacional e da Reforma Psiquiátrica brasileira

Em 1839, no intuito de criar estabelecimentos próprios para receber os loucos a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro se mobilizou em torno do lema: “Aos loucos, o hospício!”, assim, D. Pedro II inaugurou no Rio de Janeiro, em 1852, o primeiro hospício brasileiro, que embora levasse seu nome, era popularmente conhecido como “Palácio dos Loucos” (BRASIL, 2008). Alencar (2008, p. 17) destaca como características do Hospício de

Pedro II, “A amplidão dos espaços, a disciplina, o rigor moral, os passeios supervisionados, a separação por classes sociais, os diagnósticos e a constante vigilância dos enfermos, materializada arquitetonicamente como um panóptico”.

No Hospício de Pedro II o tratamento recebido dependia das condições financeiras da pessoa, pois, os pacientes eram subdivididos entre primeira, segunda e terceira classes; havia ainda um número expressivo de pacientes internados não pertenciam a nenhuma dessas três classes, os indigentes. De acordo com a classe do paciente havia variações significativas quanto à aplicação do Tratamento Moral, os pacientes de primeira e segunda classes além de serem internados em acomodações diferenciadas (quartos individuais ou duplos), realizavam trabalhos manuais leves ou se ocupavam com atividades de entretenimento (jogos); já os de terceira classe e os indigentes realizavam trabalhos pesados, de manutenção, jardinagem, limpeza, etc. (OLIVEIRA, 2008).

Entre os de primeira classe, chama atenção serem pacientes moradores da corte, brancos, cidadãos, fazendeiros ou funcionários públicos, e em número muito pequeno em relação às outras classes. Na segunda classe, encontramos lavradores e pessoas que têm o ofício de prendas domésticas, ainda brancos e livres. Na terceira, são todos escravos, pretos, pertencentes a um senhor importante [...]. Outra classificação aparece em maior número do que as das três classes anteriores. São os “indigentes” (OLIVEIRA, 2008, p. 23).

O Palácio dos Loucos, cerca de cinco anos após a inauguração já estava superlotado, se constata que no decurso de apenas cinco anos, foram internados pelo menos 3.201 pacientes, o que dá a média de mais de 50 pessoas internadas por mês. Para solucionar o problema da superlotação, em 1890, foi publicado o Decreto nº 206/1890, que redirecionou a assistência médica e legal aos alienados e determinou a criação das primeiras colônias agrícolas, Colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, destinadas a pacientes do sexo masculino, considerados “incuráveis” (BRASIL, 2008).

Longe dos centros urbanos, nas “Colônias de Alienados” ou hospitais-colônias, os pacientes eram mantidos ocupados com a agricultura, para combater o ócio desorganizador e também para compensar a incapacidade de custearem seus tratamentos. Em 1902, Juliano Moreira (1873-1933) foi nomeado diretor do Hospício Nacional de Alienados, antigo Hospício de Pedro II, este psiquiatra defendia que as colônias agrícolas representavam um excelente meio de recuperação, substituindo o emprego de técnicas mais enérgicas, por exemplo as camisas-de-força (BRASIL, 2008).

Apesar dos projetos dos psiquiatras para implantar este modelo de tratamento no

Brasil terem sido debatidas no começo dos anos 1900, foi a partir de 1937, com o início do governo Vargas, que os hospitais-colônia se difundiram; no mesmo ano, um dos psiquiatras mais importantes da época, Adauto Botelho (1895-1963), proferiu uma conferência em que recomendava o modelo das colônias agrícolas como o melhor tratamento para a alienação mental (VENANCIO, 2011). Em 1941, foi criado sob a direção de Botelho o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), responsável por gerir a política assistencial psiquiátrica no País, nos 13 anos da sua gestão, a principal proposta do SNDM foi direcionar subsídios financeiros da União para a implantação dos hospitais-colônia, com a abertura de pelo menos quatro mil vagas de internação. Em 1954, 75% dos estados brasileiros já possuíam este tipo de estabelecimento institucional (VENANCIO, 2011).

A criação dos hospitais-colônia tem relação direta com a filosofia do Tratamento Moral (PINEL, 2007), assim, o uso da ocupação objetivava instituir uma terapêutica pelo trabalho, recomendada para aqueles que a psiquiatria considerava doentes mentais crônicos incuráveis. Ressalta-se que o foco estava muito mais no trabalho do que na terapêutica, pois, havia um grande interesse orçamentário para que a agricultura fosse praticada nesses locais como uma fonte de renda institucional.

A relação de dominação, hierarquia, vigilância e ordem eram aspectos instituídos e avaliados como terapêuticos, sendo o trabalho visto como forma natural para instaurá-los com o intuito de reeducar e recompor os alienados mentais. Contudo, Nascimento (1991) constata que o trabalho estava mais à mercê da manutenção das instituições do que destinado ao caráter educativo, estabelecido pela incorporação de técnicas disciplinares e da regulação pela ordem. É importante salientar que se embutiam, em tais formas de tratamento, os mecanismos disciplinares incorporados na sociedade industrial do século XX. Os alienados tinham todas as atividades controladas, confirmando a prática do poder disciplinar dentro das instituições manicomiais. Os internos eram privados de seus direitos, vivendo sob ameaças e violências, além de não exercerem qualquer poder sobre o trabalho que realizavam, o que certifica seu caráter de exploração e dominação (MALFITANO; FERREIRA, 2011, p. 103).

Apesar dos avanços em Psiquiatria no Sec. XX, em termos do reconhecimento da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico intenso, o modelo dos hospitais-colônia não empreendeu nenhum grande avanço: “O muro é bonito para quem está do lado de fora, mas para quem está aqui, é horrível. Este muro serve para fechar nossa vida para o lado de fora, nós nunca poderemos ser considerados gente com um muro desses tapando a nossa visão” (BRASIL, 2008, p. 9), foram essas as palavras de Octávio Inácio, paciente de um hospital psiquiátrico brasileiro.

Como alternativa ao Tratamento Moral se destacou a experiência de Ulysses Pernambucano (1892-1943), considerado o precursor da psiquiatria social brasileira, visto que deu à psiquiatria um tom político de engajamento social, em protesto contra as violências que sofriam os doentes, nos hospícios, dentre elas o uso da ocupação-trabalho em condições análogas à escravidão. Outrossim, Ulysses foi pioneiro na organização em rede de estabelecimentos institucionais para o tratamento em Saúde Mental; contrariando o modelo hospitalocêntrico até então hegemônico, como relatam Devera e Costa-Rosa (2007, p. 63):

Em 1931, inaugurou a Assistência aos Psicopatas de Pernambuco, trabalho pioneiro, especialmente no que se refere à concepção de um sistema assistencial. Tratava-se de uma rede de serviços que era composta por um Serviço de Higiene Mental, um Ambulatório e Serviço Aberto, um Hospital Psiquiátrico para agudos, um Manicômio Judiciário e uma colônia de Alienados, para melhor acolher e cuidar daqueles enfermos da mente.

No que concerne ao uso da ocupação-trabalho em oposição ao Tratamento Moral, especialmente, citamos dois psiquiatras alagoanos, Osório César (1895-1979) e Nise da Silveira (1905-1999), que conseguiram introduzir mudanças importantes na lógica capitalista e alienista da psiquiatria brasileira, ao passo em que, inseriram entre as ocupações propostas, respectivamente, no Hospital do Juqueri e na Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, as atividades artísticas, que não eram *a priori* pensadas como fontes de renda para os hospitais (GALVANESE; D'OLIVEIRA; LIMA; PEREIRA; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2016; CASTRO; LIMA, 2007).

Osório César, no Hospital do Juqueri, logo que chegou, observou que os pacientes desenhavam no chão, nas paredes e em pedaços de pano, e também faziam esculturas com miolos de pão. Dada sua proximidade com as Artes, sobretudo com os artistas do Modernismo, o psiquiatra alagoano passou a se interessar pela expressão artística dos internos, considerando que a arte seria um refúgio diante da situação de enclausuramento e das demais privações impostas pela internação psiquiátrica (GALVANESE et. al., 2016).

Osório Cesar destacava a qualidade estética das produções artísticas feitas no Juqueri, defendendo que havia ali pessoas que, independente do estado psíquico, eram verdadeiros artistas. Sob sua direção foi fundada no hospital, em 1956, a Escola Livre de Artes Plásticas e foram feitas mais de cinquenta exposições em espaços públicos e museus com as obras produzidas pelos internos do Juqueri. O propósito principal era oferecer aos pacientes o aprendizado de um ofício que eles pudessem exercer depois de deixar o hospital

(GALVANESE et. al., 2016).

A Escola Livre de Artes Plásticas encerrou suas atividades em 1972. No estado de São Paulo, a experiência desenvolvida por Osório César, baseada no aprendizado da técnica e na formação em artes plásticas caracterizou a primeira utilização da ocupação com fins diferentes do Tratamento Moral (PINEL, 2007), visto que as atividades artísticas não eram pensadas pela psicopatologia como tratamentos para o sofrimento psíquico, mas como recursos para viabilizar a inserção social dos ditos alienados.

A Oficina de Pintura, inaugurada em 1943, resultou na criação da Escola Livre de Artes Plásticas do Juqueri, em 1956. Nela, os participantes – na condição de alunos, artistas e expositores – tinham perspectiva de profissionalização na arte (Lima, 2009). Juntamente com diversas exposições realizadas em espaços da cidade – como a de 1948, no Museu de Arte Moderna de São Paulo –, essas iniciativas deram corpo ao que Ferraz (1998a) denomina projeto psicossocial e estético de Osório César – um projeto situado na fronteira entre psiquiatria, psicanálise e arte, de caráter clínico, mas também social, dado que comprometido com a reabilitação e a construção de alternativas fora do hospital (GALVANESE et. al., 2016, p. 436).

Em 1946, na Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, Nise da Silveira, quando a profissão de terapeuta ocupacional ainda nem era regulamentada no Brasil, criou a Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR) no Centro Psiquiátrico Nacional. Em 1952, também sob sua coordenação, foi inaugurado o Museu de Imagens do Inconsciente, e em 1956, a Casa das Palmeiras, que funcionava em regime de externato. Para Nise o STOR, embora pudesse ser útil ao hospital, não devia atender aos ideais do Tratamento Moral (PINEL, 2007), pois, o que estava sendo visado era o uso das atividades artísticas, tanto para o entendimento da loucura quanto para o seu tratamento. Em 1956, além de atender os pacientes, no STOR também passaram a ser oferecidos cursos de formação profissional para formar técnicos em TO (GALVANESE et. al., 2016).

Nise inicia o esboço da reforma psiquiátrica, pois na sua prática clínica criou uma técnica para tratar os pacientes esquizofrênicos diferente do contexto de sua época, que utilizava o eletrochoque, depois os medicamentos, reforçando a alienação. Foi uma revolução na abordagem clínica dos pacientes psiquiátricos, principalmente os esquizofrênicos, que geralmente eram isolados e considerados como incompreensíveis em seus delírios e alucinações (BRASIL, 2008, p. 35).

No final dos anos 1950, a condição dos hospícios, hospitais e colônias eram deploráveis, com superlotação, deficiência de funcionários, péssimas instalações, e além disso, denúncias de maus-tratos; dentre as formas de tratamento e instrumentos utilizados

estavam a camisa-de-força, as eletroconvulsoterapias e as cirurgias de lobotomia. Na Itália, Fanco Basaglia (1924-1980) liderava a Psiquiatria Democrática, movimento que considerava que a Reforma Psiquiátrica era urgente e não poderia ocorrer sem o fechamento dos manicômios e o abandono das suas formas violentas de tratamento (AMARANTE, 1995).

Yasui (1999) relata que no período pós-golpe militar, que se sucedeu à ditadura de 1964, o Brasil passava por uma grave crise política, econômica e social; os trabalhadores estavam insatisfeitos com os arrochos salariais, com a desarticulação dos sindicatos e com a repressão, incluindo a censura; estes fatos foram determinantes para o surgimento dos primeiros movimentos populares em prol da reformulação da Saúde Mental.

Em 1967, ocorreu um encontro em Porto Alegre/RS onde, pela primeira vez se discutiu a reestruturação do Serviço Nacional de Doentes Mentais e a integração da Saúde Mental à Saúde Pública, também a ampliação dos estabelecimentos institucionais localizados na comunidade (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Em 1968, a TO passou a ser uma área de graduação do ensino superior; o reconhecimento da profissão de Terapeuta Ocupacional, no Brasil, ocorreu em 1969 com o Decreto Lei nº 938, o qual estabeleceu que “É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente” (BRASIL, 1969). Jô Benetton (2006) falou da sua vivência neste período:

No fim da década de sessenta, foram abertos os primeiros concursos para hospitais psiquiátricos públicos e criadas as primeiras experiências de Comunidade Terapêutica em São Paulo. Nossa formação, entretanto, sustentava-se ainda nos programas americanos de reabilitação funcional ou de eliminação de sintomas. [...] A maior preocupação era que o doente realizasse a “atividade certa” para “atacar” o sintoma. Havia a preocupação que se transformou praticamente em uma perseguição – acertar o mais rápido possível o tipo de atividade adequada ao paciente, pois assim ele poderia sair logo do hospital. Dessa forma estaríamos promovendo o objetivo final de toda Terapia Ocupacional – a reinserção social (p. 40).

Em 1970, em São Paulo, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria em conjunto com a Associação Psiquiátrica Latino-Americana, evento que deu ênfase à criação de uma rede de estabelecimentos institucionais extra hospitalares para a reforma na política de assistência psiquiátrica brasileira. Em 1973, Luís da Rocha Cerqueira, seguidor de Ulysses Pernambucano, assumiu o cargo de Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo, o que contribuiu fortemente para que São Paulo se destacasse na Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). “Cerqueira trabalhou com dados estatísticos denunciando as condições precárias da

assistência e os rumos mercantilistas das atividades médico-psiquiátricas, que chamou de indústria da loucura” (BRASIL, 2008, p. 28).

Há que se destacar a figura de Luís da Rocha Cerqueira, ativo nos meios acadêmicos e professor universitário no Rio de Janeiro e em Ribeirão Preto/SP, psiquiatra alagoano, disseminou ideias de humanização da assistência e de respeito aos direitos do doente mental. Defendia a necessidade de uma política nacional de Saúde Mental definida, pela organização de um sistema de atenção diversificado e não-hospitalocêntrico e a construção de parâmetros de avaliação de eficácia dos serviços, especialmente para fiscalização de leitos contratados (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 66).

Em 1972, ocorreram simultaneamente o II Congresso Brasileiro de Psiquiatria e a III Reunião de Ministros da Saúde em Santiago do Chile, com a participação do Brasil, a partir daí ficou estabelecido um “Acordo para a execução de um programa de Saúde Mental no Brasil” (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Em 1973, sob a coordenação de Luis Cerqueira, no estado de São Paulo foram firmados os “convênios de 1973” (COSTA-ROSA, 2013, p. 14) – parcerias entre dezessete instituições ambulatoriais da Saúde Mental e os Departamentos de Psiquiatria e Psicologia Médica de universidades públicas e privadas que preconizavam o modelo territorial de Atenção ao Sofrimento Psíquico em hospitais-dia e ambulatórios.

Os “convênios de 1973” caracterizaram os primórdios da RPb. Duas experiências se destacaram no campo da TO, uma ocorreu no hospital-dia coordenado pelo Departamento de Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e a outra, no Programa de Saúde Mental (PSM) do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo. A partir do grupo de estudos que se iniciou no hospital-dia, fundaram o Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO), que desde o final da década de 1970 tem se dedicado à pesquisa e à clínica em TO centradas no estudo da psicodinâmica do indivíduo e na dinâmica dos grupos (BENETTON, 2006).

Outrossim, as terapeutas ocupacionais da equipe do PSM destacavam seu interesse por modos de cuidar que envolviam arte e cultura, sobremaneira, pelas experiências de Nise da Silveira quanto ao trabalho na interface da arte com a saúde mental em espaços não hospitalares. “Ao escolher se desviar das concepções de atividades artísticas que priorizavam o acesso a conteúdos do inconsciente, a equipe do programa procurou estender o olhar para além dos aspectos psiquiátricos, psicanalíticos e socioeconômicos do cuidado” (GALVANESE et. al., 2016, p. 440).

Estas duas experiências demarcam o surgimento de terapias ocupacionais fora do modelo asilar, manicomial. Os novos procedimentos terapêuticos ocupacionais começaram a

surgir da prática, das críticas feitas pelas próprias terapeutas ocupacionais, que não se contentavam com as terapêuticas do modelo biomédico, conforme observou Benettom (2006, p. 52): “Depois de um certo tempo, dentro do hospital psiquiátrico, a terapia ocupacional não sobrevive, sendo substituída pelo trabalho como mão-de-obra, como sustentação da instituição em benefício dela mesma e não do doente”.

Apesar das primeiras investidas da RPb terem ocorrido no final dos anos 1960 e inícios dos anos 1970, foi a partir de abril de 1978 que o processo de reforma se fortaleceu, quando profissionais e residentes dos hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) passaram a denunciar o cenário de descaso e de violência. Em abril de 1978, como forma de represália, ocorreu a demissão de médicos com pensamentos reformistas que trabalhavam no Centro Psiquiátrico Pedro II; essas demissões foram seguidas de greve e demissões em massa de profissionais e estagiários – momento conhecido como “crise da DINSAM” (AMARANTE; NUNES, 2018).

A “crise da DINSAM” teve grande repercussão após manifestações de entidades expressivas no cenário nacional (OAB, ABI, CNBB, dentre outras). O episódio diz respeito à mobilização de bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde (MS), onde as condições eram absolutamente precárias. A partir de uma carta encaminhada ao Ministro da Saúde com denúncias e reivindicações, foram demitidos 260 profissionais, desencadeando um processo de novas denúncias, manifestações e matérias na imprensa durante vários meses. É neste cenário de redemocratização e luta contra a ditadura, relacionando a luta específica de direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica com a violência do estado autocrático, que se constituiu o ator social mais importante no processo de reforma psiquiátrica (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2068).

A partir da “crise da DINSAM”, em 1978 se formou o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), integrado por profissionais de saúde comprometidos com a reformulação da Atenção em Saúde Mental no Brasil e preocupados em encontrar alternativas para o modelo hospitalocêntrico, então, o processo da RPb “passou a ser animado por uma nova geração de trabalhadores de Saúde Mental, que começou a ingressar nas instituições psiquiátricas em grande número” (YASUI, 1999, p. 74).

Em outubro de 1978, aconteceu o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro, contando com a participação de personalidades importantes referidas à Reforma Psiquiátrica no cenário mundial, os principais mentores da Psiquiatria Democrática Italiana e da Antipsiquiatria: Robert Castel, Felix Guattari, Erwin Goffman e, em especial, Franco Basaglia (YASUI, 1999). No ano seguinte, voltaram ao Brasil Robert Castel e Franco Basaglia, marcando presença nos eventos em que se discutia a RPb.

Em outubro de 1979, no I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, na voz de Sérgio Arouca, ocorreu a apresentação da proposta original do Sistema Único de Saúde (SUS) e na voz de Paulo Amarante, foi apresentado o primeiro documento de análise das políticas de saúde mental no contexto da RPb. A Reforma Sanitária, que já vinha discutindo o Paradigma da Produção Social da Saúde (MENDES, 2006), foi um importante alicerce para a RPb.

Na década de 1980 foram criados vários ambulatorios de saúde mental no estado de São Paulo, neles, as atividades artísticas, eram utilizadas como procedimentos terapêuticos, sem muita ênfase no seu caráter sociocultural, pois, os grupos com atividades expressivas eram inspirados na perspectiva clínica psicodinâmica: “voltados para a construção de formas de comunicação e expressão, de vínculos e de relações de confiança, e da socialização no âmbito do espaço institucional” (GALVANESE et. al., 2016, p. 441).

Em 1983, havia um grupo de trabalho no Hospital do Juqueri cujo objetivo era desconstruir as práticas manicomiais por meio da democracia e do reconhecimento da cidadania, historicamente negada aos loucos. No complexo hospitalar foram construídos cinco Centros de Convivência onde ocorriam assembleias diárias, espaços em que os pacientes podiam falar e decidir, exercer o direito de escolha.

Esses centros tornaram-se a principal estratégia de desconstrução das práticas manicomiais no Juqueri. Vale ressaltar a inventividade presente no processo, que contou com a predominância das atividades de arte e cultura em três desses centros: um deles envolveu a transformação de um antigo depósito em espaço para a projeção de filmes; outro comportou teatro, música e bailes; e um terceiro ocupou um edifício independente, contando com a parceria da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo para a recuperação do acervo e instalação do Museu Osório César, a recriação da Escola Livre de Artes Plásticas e a organização de uma biblioteca com sala de leitura (GALVANESE et. al., 2016, p. 443).

Em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), considerada o marco da Saúde Coletiva, porque houve ampla participação popular e aprovação do SUS com os princípios básicos da universalidade (a saúde deve ser acessível a todas as pessoas); integralidade (todos têm direito a assistência em saúde em todos os níveis da atenção); equidade (todos devem ser tratados de maneira igual pelo SUS); do controle social (a população participa das discussões sobre as políticas de saúde, através das Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde, Ouvidorias, entre outras formas) e da descentralização administrativa (a saúde passa a ser administrada nas três esferas de governo: municípios, Estados e Governo Federal, com repasses públicos transferidos fundo a fundo).

Em 1987, à revelia do governo federal, visto que o Ministério da Saúde (MS) era desfavorável às ideias reformadoras e menosprezava a participação social na construção das políticas públicas, foi realizada, no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM). Neste ano o movimento da RPb passou por uma divisão importante: uma parte dos integrantes do MTSM se direcionava para ocupar cargos no MS, acreditando ser possível uma espécie de conciliação, mudanças menos radicais que defendiam a extinção progressiva e gradual dos manicômios; a outra parte do MTSM se opunha duramente às ações gerais do setor de saúde mental do MS, criticando a perda das bases populares do movimento em âmbito federal e a dependência das ações provenientes do Poder Executivo, além de não tolerar a manutenção dos manicômios (AMARANTE; NUNES, 2018).

Criticando as práticas que não operavam rupturas nos modos de tratamento hegemônicos para a loucura, Rotelli, Leonardi e Mauri (1990) propunha que a RP deveria corresponder a um processo de desinstitucionalização, que se daria por meio da desconstrução dos componentes teórico-conceituais, técnico-assistenciais, jurídico-políticos e socioculturais da psiquiatria asilar (YASUI, 2010). Demarcado pelos conflitos de ideias entre aqueles que optavam pelas reformas cosméticas nos hospitais psiquiátricos, “psiquiatrias reformadas” (ROTELLI, 1990), e os que desejavam extinguir definitivamente os manicômios, ainda em 1987, ocorreu o II Congresso Nacional de Saúde Mental (II CNSM), na cidade de Bauru/SP.

No II CNSM ficou evidente a divisão do MTSM. Os integrantes do MTSM que defendiam a extinção total dos manicômios e a participação popular na RPb fundaram o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). “No documento do Congresso, que marca a sua criação, destaca-se como eixo de luta: Por uma Sociedade sem Manicômios – significa um rumo para o movimento discutir a questão da loucura para além do limite assistencial” (AMARANTE; FREITAS; NABUCO; PANDE, 2012, p. 26).

Uma vez constituído como Movimento da Luta Antimanicomial, o coletivo passou a organizar núcleos nas capitais e em praticamente todas grandes cidades do país. Elemento decisivo para esta ampliação foi a criação, já em Bauru, do Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O dia 18 de maio serviria para despertar o pensamento crítico na sociedade sobre a violência institucional da psiquiatria e a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico. Pode-se considerar que o objetivo teve êxito na medida em que, desde então, são realizadas atividades políticas, científicas, culturais e sociais não apenas no dia em questão, mas por todo o mês de maio, que passou a ser considerado o Mês da Luta Antimanicomial (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2070).

Também em 1987, foi criado, em São Paulo, o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, onde foram assimiladas várias experiências alternativas à psiquiatria hospitalocêntrica, subsídios para as novas práticas terapêuticas alinhadas ao MLA. A divulgação das experiências inovadoras do CAPS incentivou uma série de mudanças no tratamento do sofrimento psíquico, com “o ideário e as práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico: Atenção Psicossocial” (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 69).

A potência instituinte da arte foi retomada, de maneira que as atividades recreativas e expressivas, sob a influência do trabalho de Nise da Silveira, foram incluídas no projeto institucional da Atenção Psicossocial, com oficinas abertas de atividades artísticas utilizando papel, tecido, tinta, argila e outros, que não visavam à interpretação de conteúdos inconscientes por meio da arte, mas sim, à experiência criativa e cultural, como produção de saúde.

No processo de questionamento dos propósitos das atividades oferecidas, uma perspectiva clínica acerca da arte, da cultura e da própria dimensão criativa do cuidado ganhou contornos definidos por meio de um corpo de reflexões sistematizado a partir da experiência com as práticas criadas nesse serviço. O deslocamento do objeto de intervenção, da doença para a vida do sujeito da atenção, implicou uma compreensão de saúde como processo peculiar e sujeito a variabilidades, orientado pelas possibilidades de uma vida qualificada e plena de eventos (Lima, 1997, 2004), fundando-se no entendimento de Winnicott (1975) de que a inventividade humana tem sempre uma base de tradição, que por sua vez é apropriada e transformada no próprio processo de criar. Em tal perspectiva clínica, cultura e arte podem ser compreendidas, no âmbito das atividades, como polos de um movimento incessante, entre as formas constituídas e a constituição de novas formas de vida. A criatividade e a ação no universo da cultura são compreendidas como experiências que transcorrem em movimento contínuo, de processualidade entre a criação do mundo e a criação de si. Em situações de sofrimento em que esse movimento não se completa, a tarefa terapêutica é oferecer suporte ao sujeito do cuidado de modo a favorecer a instauração ou restauração de um espaço intermediário, entre o “fora” e o “dentro” de si, pela via da criação artística e da experiência cultural (GALVANESE et. al., 2016, p. 444).

Em 1988, ocorreu a promulgação da nova Constituição Federal – Constituição Cidadã –, elaborada por meio de ampla participação popular, visando direitos sociais (BRASIL, 1988). No ano seguinte foi publicada a Lei nº 36.570/1989, que oficializou a proposta de substituir os estabelecimentos institucionais com características asilares pelos estabelecimentos abertos inseridos na comunidade: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O Projeto de Lei 3657/89, de Paulo Delgado, previa a extinção dos manicômios no Brasil (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Ainda em 1989, aconteceu na cidade de Santos/SP sob intervenção municipal, o

fechamento do Hospital Psiquiátrico Padre Anchieta, conhecido como “Casa dos Horrores” (BRASIL, 2008). Paralelamente ao fechamento se montava uma estrutura em rede para o tratamento do sofrimento psíquico intenso, radicalmente oposta ao modelo hospitalocêntrico, prescindindo do hospital psiquiátrico como local de tratamento para o sofrimento psíquico.

Inspirados na Psiquiatria Democrática italiana, principalmente na meta da desinstitucionalização, e na experiência de Trieste, que aboliu o Hospital Psiquiátrico, os gestores municipais fecharam o hospital psiquiátrico do município e implantaram em seu lugar uma rede integrada de instituições, das quais os “Núcleos de Apoio Psicossocial” (NAPS) eram os eixos principais. Regionalizados, os “NAPS” eram responsáveis pelo atendimento integral às demandas de sofrimento psíquico dos territórios em que se localizavam (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 69).

Entre 1989 e 1992 outro tipo de estabelecimento institucional inovador foi criado no município de São Paulo, os Centros de Cultura e Convivência (CECCOS). As atividades oferecidas nos CECCOS tinham o intuito de viabilizar espaços de convivência e também de iniciativas de trabalho solidário nas cooperativas sociais; eram ofertadas atividades plásticas, música, teatro, *tai chi chuan*, dança, jardinagem, esportes, entre outros. As oficinas reuniam além dos profissionais de saúde, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, etc., educadores, oficinairos, artistas plásticos, músicos, marceneiros, dançarinos, etc. (GALVANESE et. al., 2016).

As práticas do NAPS, dos hospitais-dia e dos CECCOS engendraram mudanças sociais e políticas, redirecionando o modelo de Atenção em Saúde Mental. Para Costa-Rosa (2013, p. 15), “Essas lutas e as experiências concretas do ‘movimento comunitário’ e dos ‘Ambulatórios de Saúde Mental’ tiveram inegável estatuto de política pública. Pois foram resultantes da luta de um grupo importante de profissionais por transformações na Atenção à saúde”.

Depois de 12 anos da apresentação do projeto de Lei Paulo Delgado, que passou por vários vetos e emendas, foi sancionada a Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) – Lei da Reforma Psiquiátrica. Os NAPS foram transformados em CAPS, o que não foi apenas uma mudança de nome, pois os NAPS estavam ligados a práticas revolucionárias em Saúde Mental, que prescindiam dos hospitais psiquiátricos.

Costa-Rosa (2013) considerou que a criação dos CAPS se deu em meio a uma intensa luta entre interesses político-econômicos divergentes, caracterizando uma concessão tática da classe social dominante representada pelo Estado em face das reivindicações dos interesses da

classe social subordinada, que haviam se fortalecido com o MLA. Como concessões táticas, os CAPS não foram implantados em substituição aos hospitais psiquiátricos, mas, em complementariedade a eles.

No primeiro quinquênio dos anos 2000, foram regulamentadas as legislações referentes à constituição dos Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2004) e do Programa de Volta Para Casa (BRASIL, 2003). Também foi instituído o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, que objetivou a regulação dos hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS, resultando no fechamento de milhares leitos de internação. Outros marcos importantes para a Atenção Psicossocial foram registrados em 2002 (BRASIL, 2002), com a tipificação dos CAPS quanto à abrangência territorial (número de habitantes atendidos) e à especificidade da clientela (geral, álcool e drogas ou infanto-juvenil).

Para garantir que os princípios a Reforma Sanitária (MENDES, 2006) se efetivassem nos estabelecimentos públicos de Saúde, no atendimento à população e nas práticas de gestão, o MS publicou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS (BRASIL, 2009; 2010; 2013). O HumanizaSUS se apoiou na compreensão da saúde como uma construção social complexa – biopsicossocial (BRASIL, 1986; MENDES, 2006). São diretrizes da humanização da Saúde: Acolhimento; Gestão participativa e Cogestão; Ambiência; Valorização do trabalhador; Defesa dos Direitos do Usuário e Clínica Ampliada e Compartilhada (BRASIL, 2009; 2010; 2013).

Em 2006, embora a indústria da loucura ainda lucrasse bastante com os repasses do SUS, pela primeira vez, se registrou mais investimento em ações comunitárias do que em Hospitais Psiquiátricos, neste ano Brasil dispunha de mil CAPS. Em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com uma nova dimensão e diversificação das ações em saúde mental no SUS, visando ao trabalho em parceria entre vários setores (Saúde, Cultura, Assistência Social, etc.).

Para a ampliação do acesso à atenção psicossocial, a RAPS tem como pontos de atenção diferentes estabelecimentos institucionais, que vão da Atenção Básica à Atenção Psicossocial Estratégica, incluindo Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários, Cooperativas Sociais, entre outros (BRASIL, 2011). Neste contexto de ampliação do acesso à saúde (como direito e não caridade) visando à integralidade que a TO teve seu campo de trabalho expandido (MALFITANO; FERREIRA, 2011).

A presença da TO como profissão da Saúde Mental sempre foi notória, seja nos

hospitais psiquiátricos ou nos CAPS, mas, quais mudanças ocorreram nos procedimentos terapêuticos ocupacionais durante as três décadas de RPb? Como os terapeutas ocupacionais têm dirigido suas práticas no processo de transição, do modelo manicomial para a atenção psicossocial? Responder a estas perguntas é necessário, porque, como temos demonstrado, há diferentes possibilidades e perspectivas quanto às formas de se compreender e tratar a saúde mental, dependendo dos preceitos teóricos, técnicos e éticos envolvidos.

O percurso histórico aqui trazido reuniu fragmentos da história da TO articulados à história da RPb nos permitindo localizar em tempos e em contextos específicos os discursos que atravessaram e continuam atravessando os saberes e fazeres dos terapeutas ocupacionais. Constatou-se que desde o surgimento da profissão, os terapeutas ocupacionais têm utilizado a ocupação para promover a reabilitação mental e física, por meio do uso de várias atividades que compõem o universo cultural humano: costura, desenho, pintura, escultura, artesanatos, entre outras. Na perspectiva da Atenção Psicossocial, como redimensionar o uso dessas atividades para romper com o modelo asilar?

Nos esteios da RPb, as atividades artísticas têm merecido destaque pela sua força inovadora, no sentido de produzir novas relações sociais, mais solidárias e democráticas, portanto, mais produtoras de saúde, inaugurando “um modo de compreender a aproximação entre o universo da arte e o universo clínico para além das implicações terapêuticas da arte: como campo da produção de cultura” (GALVANESE et. al., 2016, p. 440).

No contexto das políticas públicas de saúde mental e humanização, em 1996, foi fundado o Laboratório de Estudos e Pesquisa Arte, Corpo e Terapia Ocupacional com práticas que integram ensino, pesquisa e extensão, visando fortalecer as redes de atenção e participação social. No Laboratório têm sido desenvolvidas pesquisas qualitativas com o objetivo de “construir um conhecimento local em Terapia Ocupacional orientado por ações criativas e pela conjunção de referenciais clínicos, artísticos e culturais” (CASTRO; INFORSATO; BUELAU; VALENT; LIMA, 2016, p. 4).

Os projetos desenvolvidos ampliam o acesso da população atendida às experiências artísticas e culturais do território, contribuem para a construção de políticas da vida, dinamizando formas de participação, convivência e produção de subjetividade. Configuram-se, assim, tecnologias socioculturais consonantes à importância de fortalecer e sustentar novas propostas para populações expropriadas de suas redes de vida sustentadas pela significativa intervenção de terapeutas ocupacionais (CASTRO et. al., 2016, p. 4).

Em 1998, foi criado o Projeto Metuia, também voltado para as temáticas da formação, da pesquisa e da atuação em Terapia Ocupacional Social. O Metuia visa à implementação de intervenções terapêuticas ocupacionais no social, com enfoque no fortalecimento das redes sociais de suporte de grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social, bem como na discussão sobre o papel técnico-político dos profissionais e de suas contribuições no enfrentamento das problemáticas sociais. Os espaços de interlocução entre teoria e prática são de imensa importância para a Saúde Coletiva e, consequentemente, para a TO.

Amarante (2012) enfatizou que a cultura exerce um papel indispensável na luta política, na dimensão sociocultural da RPb, pois, a diversidade e a alteridade supõem mudanças nas relações sociais, no sentido de problematizar as relações de poder e de exclusão sedimentadas na sociedade. “Pode-se pensar a arte-cultura como produção de vida, de subjetividades, de significados e sentidos para todos os sujeitos” (p. 10). É com o objetivo de defender a diversidade e a liberdade que se situa grande parte dos trabalhos artístico-culturais desenvolvidos na RAPS.

Amarante, Freitas, Nabuco e Pande (2012) analisaram 410 experiências artístico-culturais desenvolvidas nas RAPS do Brasil, enfatizando que a arte produz cultura, e que a cultura é por si mesma um recurso promissor para melhorar a vida das pessoas em sofrimento psíquico intenso. “Além do papel terapêutico, a arte sai dos espaços de tratamento para ocupar os espaços da cidade” (p. 36).

Durante o II Congresso Brasileiro de Saúde Mental (II CBSM), que ocorreu em 2010 no Rio de Janeiro, foram apresentadas várias experiências na interface da arte com a Saúde Mental, no intuito de desenhar novos lugares para o sofrimento psíquico e para a diferença, Fernanda Nocam e Paulo Amarante (2012) reuniram os saberes e fazeres apresentados no II CBSM no livro “Saúde Mental e Arte”, compondo uma coletânea de trabalhos que visam ampliar os conceitos de saúde mental e de tratamento.

A tese de Lima (2012) é de que o uso da arte-cultura deve se constituir em dispositivos de subjetivação, seguindo a proposta de que a subjetivação se opõe ao assujeitamento, sendo uma forma de resistência por meio de uma “estética da existência que investe na capacidade de auto-organização da vida” (p. 50). Nas palavras da autora: “A ideia de saúde, aqui, está relacionada à ampliação da capacidade de realizar conexões, de afetar e ser afetado, ampliar a potência de agir, adquirir maior plasticidade, abrir o campo de possibilidades” (LIMA, 2012, p. 50). Sobre a participação dos terapeutas ocupacionais nas oficinas, Lopes e Leão (2002, p. 62) destacaram que:

Os fundamentos da profissão vêm ao encontro dessa proposta de produzir e conceber saúde e, principalmente, pelo uso do recurso “atividade” para a busca da autonomia e da participação social. A especificidade do terapeuta ocupacional, está muito mais na visão/compreensão que adquire através da formação e de sua prática e refere-se à forma como apreende o indivíduo dentro de suas relações e no seu fazer cotidiano.

Para Amarante e Nunes (2018) as atividades artístico-culturais têm possibilitado novas reflexões sobre a loucura tanto nos estabelecimentos institucionais da RAPS quanto na cidade como um todo, contribuindo para a construção de um novo lugar social para a loucura – diretriz fundamental para a desinstitucionalização, como propõe a Psiquiatria Democrática italiana.

Se o objeto da mudança seria no âmbito da cultura, das práticas culturais, a estratégia também deveria ser cultural. Surge aí a proposta de trabalhar com a cultura como meio e como fim. A utilização da arte e da cultura, para além de recurso meramente terapêutico ou auxiliar da clínica, passou a assumir a dimensão de produção de subjetividade e de vida. Nesta linha de atuação, o processo de RP é tomado por um enorme contingente de iniciativas artístico-culturais no sentido de promover transformações no imaginário social e nas práticas discursivas sobre loucura, diversidade e diferença (p. 2071).

Lima (2012), terapeuta ocupacional com ampla experiência na área, assinalou que “A relação aqui se estabelece entre a arte, um inconsciente produtivo e um corpo em permanente autopoiesis” (p. 49). Narrando a história de Fernando Diniz, um paciente do Centro Psiquiátrico Nacional atendido por Nise da Silveira no STOR, esta autora concluiu que a arte pode retomar a potência da vida, da reinvenção, da produção de saúde, mesmo em situações de precariedade.

O trabalho árduo com tintas e pinceis constituía um esforço para se para se organizar em relação ao mundo, para construir um território existencial. Poderíamos pensar que aí se deu uma atividade de recomposição de territórios existenciais, que desembocou em um processo criativo. [...]. Vemos que a pintura é para Fernando um lugar no qual ele criava um mundo para habitar, um “em casa” que lhe possibilitava experimentar a turbulência de suas viagens sem que se desfizesse sua consistência subjetiva. A arte ganha aqui o sentido de invenção de possibilidades de vida, território privilegiado de uma individuação sempre a ser conquistada (p. 47).

Os benefícios quanto ao uso da arte na Atenção Psicossocial têm sido amplamente discutidos (AMARANTE; NOCAM, 2012), sobretudo na dimensão sociocultural da RPb, haja vista que “a arte dos usuários vem sendo utilizada como um recurso de desenvolvimentos

político e econômico, ao colocar em questão conceitos da psiquiatria tradicional como incapacidade, irracionalidade, improdutividade, bem como para amenizar conflitos sociais” (AMARANTE; FREITAS; NABUCO; PANDE, 2012, p. 36).

As atividades artísticas têm potência disruptiva, inventiva e questionadora, contudo, Lima (2012) advertiu do risco permanente do fazer humano ser capturado por linhas que tendem ao controle e ao exercício do biopoder. “Cabe-nos perguntar que política tais práticas produzem. É preciso investigar em que medida cada prática ou dispositivo se constitui em uma política de reinvenção de possibilidades subjetivas, sociais, culturais, e materiais de estar no mundo” (p. 40).

Dionisio e Yasui (2012) também chamaram a atenção para o perigo das apreensões institucionais, visto que o material expressivo criado pelos loucos, na história da psiquiatria, foi transformado em signos da doença mental, por isso, os autores enfatizaram que é preciso inventar dispositivos antimanicomiais, que não reforcem a indústria da loucura: “Os recursos técnicos, teóricos ou afins, que vierem a ser criados, devem sempre antes de tudo escapar ao grande mercado dos diagnósticos” (p. 61).

A proposta de se levar as atividades artísticas-culturais na Saúde Mental visa à potência da criatividade e à abertura para a construção de relações intersubjetivas mais solidárias e inclusivas. É com a ênfase na reinserção social que as oficinas terapêuticas ocupacionais têm se constituído como uma “das principais formas de tratamento oferecidos nos CAPS” (BRASIL, 2004, p. 20). Sobre o funcionamento das oficinas Pereira e Palma (2018, p. 16) assinalaram que:

As oficinas terapêuticas ocupacionais do CAPS podem ser expressivas, culturais, geradoras de renda, entre outras modalidades, e tem por objetivo fomentar uma maior integração social e familiar dos usuários, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, e por fim o exercício coletivo da cidadania (Brasil, 2004). A diferença entre as oficinas terapêuticas ocupacionais e as demais oficinas terapêuticas está na produção: ali valoriza-se a confecção de simples objetos, em uma produção individual, que se realiza, entretanto, dentro de um grupo, com o qual cada indivíduo partilha *know-how* e experiências de vida e de tratamentos. Nas demais oficinas terapêuticas podem ser valorizados outros elementos da relação terapêutica, tais como a expressão verbal, musical, corporal, entre outras atividades (Brasil, 2004).

Os resultados da pesquisa de Pereira e Palma (2018) quanto ao sentido das oficinas terapêuticas ocupacionais demonstrou que elas possuíam: 1) Sentido de afastamento da dor cotidiana “não pensar em nada” (p. 19) – espaço de encontro e convivência; 2) Sentido de troca de experiências e apoio mútuo – “espaço de troca e de desenvolvimento de habilidades

sociais” (p. 20); 3) Sentido de aprendizado – “espaço de aquisição de novos conhecimentos e habilidades que podem ser utilizados em seu cotidiano” (p. 21); e 4) Sentido de busca de pertencimento – “aprender um novo ofício e assim alcançar uma colocação no mercado de trabalho e na comunidade, pois esperam realizar trabalhos artesanais que possam ser valorizados” (p. 21) .

Após analisarem os relatos dos participantes sobre as oficinas, acrescidos às suas percepções apreendidas durante a realização da observação participante, as autoras concluíram que “No CAPS, a proposta das oficinas terapêuticas ocupacionais abarca o novo paradigma da reforma psiquiátrica com vistas a fomentar uma maior integração social e familiar dos usuários, cumprindo essa função” (PEREIRA; PALMA, 2018, p. 22).

Silva, Santos, Nogueira e Malfitano (2015) realizaram entrevistas com 15 terapeutas ocupacionais de CAPS no estado de São Paulo. Sobre a concepção das terapeutas ocupacionais de atividade, a maioria das terapeutas ocupacionais concebia a atividade “de forma ampla como ação, fazer e práxis humana, baseada em concepções que empreendem sentidos plurais para sua utilização” (p. 329). Algumas profissionais concebiam a atividade como instrumento/meio/fim das ações da TO e outras ainda concebiam a atividade numa lógica curativa, visando à reabilitação. As autoras observaram que:

Não há um consenso entre as profissionais sobre os objetivos de sua intervenção tampouco uma nomenclatura comum para a descrição do trabalho realizado. Dessa forma, aponta-se a necessidade de aprofundamento nesse aspecto, com o intuito de melhor desvelar sobre a pluralidade que vem sendo desenvolvida pelos terapeutas ocupacionais, como o objetivo de efetivação de inserção social via ações terapêutico-ocupacionais vem se tecendo (p. 330).

Galvanese e colaboradoras (2016) pesquisaram as práticas artísticas e culturais em 126 oficinas realizadas em 21 CAPS do município de São Paulo. Os resultados demonstraram que havia poucas oficinas cujos desdobramentos vão em direção ao território, raramente havia parcerias entre os setores da Saúde e da Cultura, do Esporte, etc., também são raras as práticas que estimulam a circulação dos pacientes em espaços coletivos da cidade. As autoras da pesquisa apontaram ainda a existência de muitas oficinas com características manicomial.

As limitações de repertório e a desconsideração e a invalidação das ações e produções dos participantes. Sem oferecer oportunidades de experiência estética e cultural, as atividades se prestaram basicamente ao preenchimento do tempo na rotina institucional. [...]. Apesar das conquistas da reforma psiquiátrica, persiste pontualmente o uso instrumental da arte destituída de seu potencial criativo, com a

reprodução acrítica de práticas de ocupação do tempo conforme conveniências institucionais (p. 446-447).

É preciso ter cuidado para não reduzir as atividades artísticas a meios para se obter diagnósticos nosológicos como aconteceu em tantos métodos psicopatográficos e como aconteceu na aplicação da psicanálise winnicotiana à TO. Deveras, é preciso ter cuidado para não reduzir a condição humana de ser social a uma visão funcionalista que toma por sinônimos saúde e adaptação/inserção social nos termos da ideologia capitalista dominante.

É necessário sempre lembrar (e analisar criticamente) que a TO nasceu e tem se formado como profissão de saúde voltada para a reabilitação como recuperação das funções produtivas numa concepção intrinsecamente ligadas à visão funcionalista/produtivista do MCP (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017a; 2017b), de maneira que as necessidades do instituído social dominante (de regulação) se sobrepuseram às necessidades do sujeito cidadão/do inconsciente. Baremlitt (2002, p. 16) acentuou que:

Em todas as épocas da história, mas particularmente na nossa, não existem necessidades básicas ‘naturais’; não existem demandas ‘espontâneas’, [...] a noção das necessidades é produzida, assim como a demanda é modulada; isto é, aquilo que os povos pensam que todos os membros de uma população e todos os povos do mundo precisam como ‘mínimo’ não existe. Esse ‘mínimo’ é gerado em cada sociedade e é diferente para cada segmento da mesma.

Devido a todas as injunções históricas da RPb, especialmente quanto à precisão de operar transformações no plano jurídico-político, a TO tem se voltado para o social, distanciando-se da clínica *stricto sensu* e avançando pouco em termos de proposições de métodos terapêuticos baseados nas estruturas clínicas/psíquicas. Silva e colaboradoras (2015) mapearam a atuação das terapeutas ocupacionais no CAPS, os objetivos da TO relatados pelas profissionais entrevistadas foram:

“promover a qualidade de vida”, desenvolver/restaurar habilidades, capacidades, autonomia e independência dos sujeitos, bem como favorecer o processo de reinserção social e familiar dessas pessoas. A busca por novos interesses foi citada como um fator a ser intermediado pelo terapeuta ocupacional na relação terapeuta-paciente que estabelece com os usuários, bem como reconstruir cotidianos através dessas relações (p. 331).

As mudanças visadas pela RPb de acordo com Amarante (1994; 1995; 1996; 2003; 2007) deveria ocorrer em quatro planos: político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural. Dado o contexto brasileiro de tantas lutas e embates político-ideológicos envolvendo a RPb, a

Lei 10.216/2001, embora tenha redirecionado o modelo de assistência em saúde mental – do hospitalocêntrico para o comunitário –, por si só não foi suficiente nem para extinguir os hospitais psiquiátricos, nem para extinguir as terapêuticas asilares.

Como as concessões táticas tendem a ser seguidas por movimentos de recuperação da hegemonia do polo social dominante, a partir de 2016, quando os partidos de Direita tomaram a presidência por meio do golpe constitucional (SOUZA, 2016), muitos retrocessos têm sido registrados no campo da Saúde Coletiva e da Atenção Psicossocial. O governo Temer (2016-2018) e o governo Bolsonaro, iniciado em 2019, têm levado a cabo um projeto de emparelhamento das instituições da Justiça, da Saúde, da Educação, entre outras (SOUZA, 2016), impondo os ideais conservadores da política liberal.

No campo da Saúde Mental, no período de dezembro de 2017 a agosto de 2019, as políticas públicas da Atenção Psicossocial foram absolutamente prejudicadas com medidas administrativas que acenam para a volta das práticas manicomiais e hospitalocêntricas, inclusive com a proposição de projetos que equiparam os hospitais psiquiátricos aos CAPS, pondo-os como componentes da RAPS. O Conselho Nacional dos Direitos Humanos (BRASIL, 2019) compilou um conjunto de medidas jurídicas editadas nos anos de 2017 e 2018 que representam esse retrocesso no âmbito do SUS e da RAPS, são elas: Resolução CIT nº 32/2017, Portaria GM/MS nº 3.588/2017, Portaria Interministerial nº 02/2017, a Portaria GM/MS nº 2663/2017, Portaria GM/MS nº 1315/ 2018, Resolução CONAD nº 01/2018, Portaria SAS/MS nº 544/2018, Portaria GM/MS nº 2.434/2018, Resolução CIT nº 35/2018 e Resolução CIT nº 36/2018.

Ao final da gestão do governo do Partido dos Trabalhadores (2016), se registrou uma redução notória do percentual de gastos com os hospitais psiquiátricos, de 75,24% para 28,91%, ao passo que o orçamento destinado aos estabelecimentos psicossociais aumentou de 24,76% para 71,09%, possibilitando que o número de CAPS, que em 2005 era 424, subisse para 2.500 (BRASIL, 2019). Estas conquistas não podem se perder. O momento atual é de muitos embates, por isso, é urgente retomarmos os preceitos originários do SUS (BRASIL, 1988) e da RAPS (BRASIL, 2011), sobretudo, a face de luta social que tem a Saúde Coletiva.

Seria um erro irreparável pensar que a Atenção Psicossocial está garantida. Autores que se dispuseram a analisar os estabelecimentos psicossociais inaugurados em decorrência da Lei 10.216/2001, alertaram que, apesar de todo redirecionamento na Saúde Mental, no âmbito das práticas, os estabelecimentos institucionais ainda tendem a (re)produzir as relações sociais de dominação e subordinação, características do MCP, por isso, se pode dizer que as práticas

manicomiais, embora menos explícitas, continuam presentes na RAPS (COSTA, 2016; 2017; 2019; PÉRICO; 2014; 2019; SHIMOGUIRI, 2019; SHIMOGUIRI; COSTA; BENELLI; COSTA-ROSA, 2019; BENELLI; PÉRICO; COSTA-ROSA, 2017; SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017a; 2017b; 2017c; SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014; PÉRICO, 2014; COSTA-ROSA, 2013; MONDONI; COSTA-ROSA, 2010; FODRA; COSTA-ROSA, 2009; DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Os dispositivos institucionais CAPS conservam algo daquilo que há de instituinte no discurso e em algumas práticas da Reforma Psiquiátrica, porém sua dimensão de instituído quer prevalecer. Como instituições eles são apresentados nas portarias como pouquíssimo diferenciados, em termos teórico-técnicos e ideológicos, do dispositivo do Hospital-Dia, do Ambulatório de Saúde Mental e do Hospital Psiquiátrico. [...]. Conservam essa tensão entre instituinte e instituído, porém a inércia do instituído deve ser considerada com vigilância atenta. Pois o Paradigma Psiquiátrico tem na sintonia estrutural e ética com as demais instituições sociais um dos maiores fatores de sua inércia (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 74).

A amplitude do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem sido reduzida a apenas um sinônimo de modernização das técnicas terapêuticas ou como humanização das características violentas dos manicômios, como descreveu Amarante (2003) [...]. Isso nos leva ao fato de que não basta mudar os nomes das instituições; é preciso mudar os Modos de Produção, a lógica e a ética do tratamento (SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014; p. 48).

Partindo desta realidade preocupante, tanto mais agravada pelo cenário político atual do Brasil, a linha de pesquisa em “Atenção Psicossocial e Políticas Públicas”, mais precisamente os integrantes do Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e 'Subjetividadessaúde' (LATIPPSS), aproveitando a fundamentação teórica e a análise paradigmática do campo da saúde mental feita por Costa-Rosa (2013), vêm se dedicando ao desenvolvimento de novos procedimentos terapêuticos, para a Atenção Psicossocial, que estejam além das psiquiatrias reformadas: psicoterapias e terapias ocupacionais psicossociais.

Nas palavras de Costa-Rosa (2013, p. 21): “A Atenção Psicossocial se caracteriza por um conjunto de práticas cujo arcabouço teórico-técnico e ético-político caminha na direção da superação paradigmática da psiquiatria asilar”. Assim, temos definido a Atenção Psicossocial como um campo que visa superar dialeticamente o mandato social da psiquiatria, paradigma ainda presente em algumas práticas e discursos da RPb.

Os trabalhos do LATIPPSS vêm dando destaque à Clínica Ampliada (BRASIL, 2009; 2010; 2013) e suas possíveis contribuições na construção de terapêuticas psicossociais. Partindo da Clínica Ampliada como metodologia de trabalho temos pesquisado novas

modalidades de terapias para a Saúde Coletiva, que tenham o a psicanálise de Freud e Lacan e o Materialismo Histórico como referenciais teórico-técnico e ético-político. Além da importância no plano coletivo, das atividades artísticas como bens culturais, propomos pensar essas atividades no plano da clínica da TO em intensão (LACAN, 2003), ou seja, como procedimentos terapêuticos ocupacionais para tratar o sofrimento psíquico.

Nossa proposta não é tomar as produções artesanais como material projetivo ou como manifestações do inconsciente a serem decifradas, mas como dispositivos de subjetivação, de reconstrução subjetiva, de equacionamento do sofrimento psíquico intenso deflagrado numa crise psicótica. Pretendemos realizar por meio da implicação da psicanálise de Freud e Lacan na Arte ampliações na TO: ampliações na dimensão teórico-conceitual e na dimensão técnico-assistencial.

Em contraposição às práticas manicomialis da terapia ocupacional do modelo médico, desejamos contribuir para que os procedimentos terapêuticos ocupacionais na Atenção Psicossocial estejam, de fato, avançando para além do Tratamento Moral (PINEL, 2007) e das terapêuticas reformadas, isto é, para além do Paradigma Hospitalocêntrico Medicalizador (COSTA-ROSA, 2013) e do Paradigma Preventivista Médico-centrado (MENDES, 2006).

Qual uso das atividades artísticas em Terapia Ocupacional?

Os introdutores da TO baseada na teoria psicanalítica foram os casais Fidler e Anzima, ambos os maridos eram psiquiatras e as esposas terapeutas ocupacionais. Benetton (2006) avalia que com a proposta da inclusão das atividades expressivas nos programas de reabilitação houve um empuxo à psicanálise, propondo a aplicação dos conceitos psicanalíticos na TO. Para Anzima (1955 apud BENETTON, 2006), o que se esperava do uso das atividades, mesmo avaliadas sob os constructos psicanalíticos, era a educação, a readaptação e a reabilitação social.

Para eles, os “testes projetivos” ou “material projetivo” poderiam e deveriam ser usados como similares no psicodiagnóstico. [...] A função terapêutica era delimitada na possibilidade de exploração, gratificação e integração das necessidades emocionais básicas. Exemplificando: através de uma pintura livre é possível conhecer e demarcar “as relações objetais fantasiosas”. Permitindo, em seguida, que o paciente manipule e construa, com um tipo de material denominado de “primitivo”, isto é, simbolicamente representante das fases oral, anal e fálica para que assim obtenha gratificação das necessidades emocionais básicas. A ocorrência da passagem por essas fases leva automaticamente à integração das diferentes funções psíquicas (p. 45).

Paralelamente aos trabalhos dos Fidlers e Anzimas, Erik D. Wittkower também propunha a aproximação da TO com a psicanálise. Para ele, as atividades expressivas eram um meio de levar à regressão dos processos intrapsíquicos, podendo ser utilizadas tanto para diagnóstico, quanto para tratamento no que foi denominada como “terapia das relações objetais” (BENETTON, 2006, p. 45). Nas sessões de TO, argila, água, mamadeiras, bonecas e outros tipos de objetos supostamente representantes da fase oral, anal e fálica, eram oferecidos aos pacientes esquizofrênicos para que eles fizessem atividades livres.

Atendendo os pacientes diagnosticados com esquizofrenia, se buscava compreender qual era o tipo de relação objetal que poderia atender suas necessidades, Wittkower (1955 apud BENETTON, 2006) observou que os pacientes que realizavam as atividades expressivas melhoravam mais rápido do que aqueles que realizavam as atividades estruturadas de ocupação-trabalho, por exemplo, a agricultura e a tecelagem. A terapia das relações objetais se baseava nos seguintes pressupostos:

– há necessidade de objetos para a gratificação de todas as necessidades; – é um traço comum a todos os estados psicopatológicos, a regressão parcial, libidinosa e agressiva para certos pontos de fixação; – que fomentando a regressão mais além de tais pontos de fixação, e gratificando as necessidades e desejos originalmente frustrados, pode-se chegar à progressão; e – que tanto a regressão como a progressão são facilitadas, quando se oferece ao paciente os objetos adequados, sejam estes os mesmos objetos primitivos ou os seus substitutos, para a gratificação de suas necessidades e desejos. – todas as relações são, em sua essência, relações objetais, e todas as necessidades requerem para sua gratificação não só o elemento humano (o doador) mas também o elemento específico não humano (o dado). A criança requer para suas necessidades mãe e comida, e não somente comida.

Jô Benetton e outras terapeutas ocupacionais utilizaram-se da terapia das relações objetais nas sessões de TO com pacientes crônicos e regredidos, sendo que antes de serem oferecidas, as atividades eram submetidas a uma análise exaustiva, a fim de determinar suas capacidades para elucidar os fenômenos intrapsíquicos. Durante a aplicação das atividades pelas terapeutas ocupacionais, Wittkower utilizava a psicanálise para interpretar os fenômenos psicopatológicos, ficando evidente que não se tratava de um procedimento próprio da TO.

Era nítida a dependência da medicina e a separação entre a teoria, pertencente ao psiquiatra/psicanalista e a técnica aplicada pelas terapeutas ocupacionais. Jô Benetton (2006) observa que as terapeutas ocupacionais não tinham um papel especificado, parecendo serem apenas orientadoras das atividades, função que podia ser também exercida por outras profissionais (BENETTON, 2006).

O papel do enfermeiro-terapeuta ocupacional é antes de tudo o de fazer uma ligação positiva entre o paciente e seu terapeuta. [...]. Como mobilizador da transferência positiva, dirigida ao terapeuta, ou da transferência lateral a ser remetida ao psicanalista, resta novamente ao terapeuta ocupacional o lugar de educador (BENETTON, 2006, p. 55).

Além da falta de autonomia que pudesse garantir às terapeutas ocupacionais o livre exercício da profissão, podendo decidir sobre todo processo terapêutico sem interferência do médico, a maneira como os autores das terapias objetais se utilizavam dos conceitos da psicanálise também não obedecia a um mínimo rigor teórico-técnico (BENETTON, 2006), sobretudo, no que concerne a um conceito fundamental da psicanálise: a transferência. Benetton (2006) se opunha ao que considerou como uso indiscriminado da psicanálise, e, igualmente, à ideia de que só há relação transferencial com o médico/psiquiatra/psicanalista.

Diz-se que a transferência só pode ser trabalhada, isto é, interpretada, pelo psicanalista. Dessa forma, a existência ou não da transferência na relação com o terapeuta ocupacional só vem ao caso tendo este a função de remetê-la ao psicanalista. [...]. Sabemos que a transferência existe independentemente do processo terapêutico, e é a possibilidade de reconhecê-la que a torna instrumento de uma terapia (BENETTON, 2006, p. 56).

A partir da sua experiência como terapeuta ocupacional do hospital-dia “A Casa”, Benetton (2006) propôs uma elaboração teórica sobre as psicoses e seu tratamento pelos procedimentos de TO: o Método da Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD). O MTOD se apoia na teoria winnicottiana sobre os fenômenos transicionais, compreendendo que existe um campo transicional instaurado pela dinâmica que se estabelece entre terapeuta ocupacional-paciente-atividades, de modo que a TO pressupõe a existência de um “campo terapêutico” propício para o tratamento das psicoses. Como explica a autora (p. 57):

A dificuldade encontrada, principalmente em pacientes psicóticos, para aceitar a realidade passada e viver a tensão provocada pela entrada em relação com a realidade do “de dentro” e “de fora”, poderá ser suplantada pela existência de uma terceira denominada de “a área intermediária de experiência”. Essa zona intermediária é definida por Winnicott como “área de jogo”, sendo que nela deve ocorrer o início de toda psicoterapia. Para terapia ocupacional essa proposta de uma relação lúdica, que vejo como “estar rodeado por”, “em volta de”, “circunvizinha de”, se mostra como uma forma de aprender o real, permite a articulação da relação terapeuta-paciente-atividade. A relação do paciente psicótico, que oscila entre os momentos de completa indiscriminação entre a realidade interna e externa, e outros em que se pode ter uma relação lúdica com o outro poderá ser trabalhada na medida em que o “terapeuta e atividade” podem ser sentidos como “fenômenos transicionais”.

O núcleo do MTOD, entretanto, não é a teoria winnicottiana, mas sim a relação triádica terapeuta-paciente-atividades, vez que é esta relação triádica que especifica e instrumenta as práticas das terapeutas ocupacionais, com o objetivo final de chegar à inclusão social mediada pela construção do cotidiano, por meio do fazer atividades. Sem intenção de discutir minuciosamente o MTOD (BENETTON, 2006), resumiremos suas principais características:

1. Integração do sujeito com ele mesmo é o primeiro caminho para inclusão social.
2. As atividades em terapia ocupacional não são lidas apenas como simbólicas, mas sim e mais frequentemente como parte do sujeito no mundo.
3. Assim, as atividades, como instrumento da terapia ocupacional, devem ser estudadas, apreendidas e ensinadas, sendo dinamicamente constituintes do nosso setting, que tem intrinsecamente na função terapêutica uma ação educativa.
4. Essas atividades devem adquirir significado na relação entre paciente e terapeuta, dando margem assim aos primeiros movimentos de uma relação triádica.
5. Nesta relação, informações, quando associadas, permitem a leitura de uma comunicação tanto de supostos conteúdos internos como de ações, atitudes e comportamentos pessoais e sociais do sujeito.
6. Fazer o sujeito participar da análise dessas ocorrências é também estabelecer um espaço de historicidade, que permita a narrativa da história de uma relação em princípio triádica, mas que reivindica a existência de quartos termos, isto é, do social.
7. A motivação para a correlação entre os aportes anteriores é da terapeuta ocupacional, que busca nos movimentos de ação e reação, como os da física, o caminho da interação entre: sujeito, terapeuta, atividades e inclusão social.
8. Tendo como meta inicial a construção de cotidiano, independente da clínica nas áreas da saúde, da educação, empresariais, nas desvantagens ou calamidades sociais, sua proposta de relação está assegurada por uma transferência positiva (BENETTON, 2006, p. 60).

A elaboração do MTOD é um marco para a clínica da TO na Saúde Mental, pois, as atividades passaram a ser utilizadas não mais como terapêuticas de adequação social, de assujeitamento, de dominação-subordinação, mas como dispositivos de subjetivação, de produção de saúde. Lembrando que produzir é radicalmente diferente de recuperar (retornar ao estado anterior), portanto, produzir saúde implica em novas possibilidades, novas formas (sempre singulares) de responder ao adoecimento, que não sejam as respostas instituídas pela terapia ocupacional do modelo médico, as quais compreendiam as atividades como “recurso mediador da relação terapêutica”, ou “recurso de desenvolvimento de desempenho ocupacional”, ou “recurso para grupalização de pessoas”, ou “recurso para introdução do sujeito no mercado” (BENETTON, 2006, p. 95).

A compreensão de que as atividades podem constituir importantes dispositivos de produção de saúde é o ponto que nos aproxima do MTOD (BENETTON, 2006) e também das terapias ocupacionais desenvolvidas pelo Laboratório de Estudos e Pesquisa Arte, Corpo e

Terapia Ocupacional (CASTRO et. al., 2016). Neste sentido, concordamos com Benetton (2006, p. 89): “Os elementos que desencadeiam a terapia ocupacional são as atividades e a entrada do sujeito nesse sistema terapêutico. São as atividades que definem uma ação específica da terapia ocupacional”.

A particularidade do nosso trabalho consiste na utilização da psicanálise de Freud e Lacan para redimensionar o campo teórico-conceitual da TO, considerando que os conceitos psicanalíticos lacanianos acerca da forclusão particularizam a técnica da TO. Quinet (2014) apresentou a ideia de que as atividades artísticas podem ser um *sinthoma* na psicose, isto é, solução para cifrar o gozo anômalo que invade o sujeito quando a crise psicótica é desencadeada, constituindo uma “solução artística diante do real impossível de suportar” (p. 10).

O uso das atividades artesanais como dispositivos de subjetivação, tratamento para o sofrimento psíquico intenso deflagrado no desencadeamento da psicose, caracteriza a técnica da terapia ocupacional psicossocial, mas, como nos alertou Lacan (2009, p. 26): “A técnica só vale, só pode valer na medida em que compreendemos onde está a questão fundamental para o analista que a adota”. A questão fundamental coincide com o que Lacan (2009, p. 24) definiu como “reescrever a história”.

O objetivo do procedimento terapêutico ocupacional que propomos é que o sujeito da forclusão possa reconstruir-se e inventar um modo de existir no laço social fálico se valendo das atividades artesanais para isso. “As atividades não são objetos à parte do discurso verbal ou que tenham somente a função de promover o encontro com verdades inconscientes que se revelam. Elas, mais do que remeterem a uma história perdida, são a própria história construída” (FERNANDES, 2006, p. 127).

Instante de ver: breve introdução sobre a forclusão como estrutura

Pela psicanálise lacaniana se sabe que a estrutura clínica se define em resposta aos processos de causação do sujeito, engendrados a partir do encontro com o outro (semelhante) e com o Outro (simbólico): há o pequeno outro, grafado com inicial minúscula, e há o grande Outro, grafado com inicial maiúscula. Sobre as diferentes modalidades de alteridade, Quinet (2015) apresentou a definição “pequeno outro, o semelhante, igual e rival, que se encontra no par do estádio do espelho, sendo, portanto, do registro do imaginário; o grande Outro, cujo discurso é o inconsciente e que por ser da ordem do simbólico, é tecido de linguagem” (p. 7).

É no encontro com o outro que surgem as primeiras inscrições psíquicas; foi esta descoberta que levou Freud à teoria do “complexo do ser humano semelhante” (1996a, p. 384). Freud (1996a) descobriu que o semelhante é “o primeiro objeto satisfatório [do sujeito], seu primeiro objeto hostil, além de sua única força auxiliar. Por esse motivo, é em relação a seus semelhantes que o ser humano aprende a conhecer” (p. 383).

Eu é um termo verbal, cujo uso é apreendido numa certa referência ao outro, que é uma referência falada. O *eu* nasce em referência ao *tu*. [...]. O *eu* se constitui inicialmente numa experiência de linguagem, em referência ao *tu*, e isso, numa relação em que o outro lhe manifesta o quê? – ordens, desejos (LACAN, 2009, p. 219-220).

O bebê ao nascer necessariamente se aliena ao outro (semelhante) como via de salvação, devido à sua total dependência motora e simbólica. Ele depende de que alguém se ocupe dele para satisfazer-lhe suas necessidades de subsistência (do corpo biológico), e, sobretudo, para que ele seja trazido à cultura, à linguagem (corpo social). Nesta fase outro (imaginário) e Outro (simbólico) são equivalentes (LACAN, 1998).

O ponto de partida da teoria psicanalítica é a clínica da neurose, então, será a partir da constituição psíquica na estrutura clínica do recalçamento que discutiremos os fenômenos da psicose na estrutura clínica da forclusão. Ao longo do desenvolvimento psíquico do sujeito do recalçamento, tanto a equivalência entre o eu e o outro quanto a equivalência entre o outro e o Outro vão sendo desfeitas, pois, a entrada na ordem simbólica torna possível que o bebê dialetize a relação imediata (de con-fusão) que tem com a mãe, para se diferenciar dela.

O processo de simbolização da mãe não ocorre naturalmente, depende da inclusão de um terceiro termo na relação mãe-bebê, que sinalize para ele que no campo das relações intersubjetivas não há apenas a mãe. Na relação fusional do bebê com a mãe, o pai surge como um intruso, inaugurando o complexo de Édipo, cuja função é incluir um terceiro elemento entre a dupla mãe-bebê, indicando ao bebê que no campo das relações humanas há mais elementos além da mãe, isto é, ela não é tudo (Outro absoluto).

É preciso deixar claro que a designação mãe e pai não diz respeito aos agentes da realidade (mãe e pai biológicos/adotivos). Lacan (1998) utilizou as palavras mãe e pai fazendo referência às funções materna e paterna, por isso, menos do que o pai e a mãe da realidade (genitores), o que está em pauta na entrada do ser na ordem simbólica é a função paterna (Pai) responsável pela mediação necessária na relação do bebê com a Mãe, pela metaforização do Desejo da Mãe.

Lacan (1998) utilizou a categoria Pai como uma metáfora do Édipo que representa a interdição do Outro, a castração simbólica, a Lei – “lei de interdição, de proibição, de *não* à reintegração da criança pela mãe, um não à criança como objeto de uso da mãe” (QUINET, 2014, p. 12). O Édipo é para o sujeito do recalçamento a porta de entrada para a cultura, para o laço social: “Se se deve definir em que momento o homem se torna humano, digamos que é no momento em que, por menor que seja, entra na relação simbólica” (LACAN, 2009, p. 207).

[..]. O Édipo é a nossa forma Épica de nos referirmos ao inconsciente, é a ficção do nosso comprometimento simbólico. Freud desvela que a função imaginária do falo é o pivô do processo simbólico, que arremata nos dois sexos a questão própria do sexo: o complexo de castração. [...] A castração, porém, só fará efeito quando da descoberta pela criança da ausência do pênis na mãe (QUINET, 2014, p. 9).

Lacan (1998) propõe três tempos para o Édipo. No primeiro tempo do Édipo a mãe é para o bebê Outro absoluto, a única que pode satisfazer suas necessidades, por isso a ele só resta o lugar inicial de objeto da Mãe. Neste tempo, ele encontra-se identificado ao Desejo da Mãe, no lugar imaginário de falo materno (bebê = falo). O bebê reconhece a mãe como Outro onipotente: só ela pode fazê-lo viver, dependendo apenas da sua boa ou má vontade.

No primeiro tempo do Édipo o bebê não possui sequer propriocepção, o que ele tem é uma imagem do seu corpo esfacelado pelas pulsões parciais. Neste tempo se encontra o que Lacan (2009) denominou de “Estádio do Espelho”, momento em que o indivíduo vivo realiza a integração do seu eu como imagem de um corpo unificado (de ser humano), sendo que esta imagem unificada lhe será conferida pelo semelhante (geralmente a mãe) que exercerá para ele a função de duplo especular: “Esse outro – eu mesmo, é o par do estádio do espelho que constitui o modelo do registro imaginário do sujeito” (QUINET, 2014, p. 11).

O bebê adquire um modelo imaginário de identificação à espécie humana, agora com seu eu pré-formado. Contudo, ainda se vê numa amálgama com o outro, numa identificação maciça, que Dor (1989, p. 79) descreve como “uma confusão primeira entre si e o outro”. Não há ainda a incidência da Lei simbólica sobre a Mãe (outro = Outro): ela reina absoluta, sem limites. Para sinalizar que a função paterna no Édipo está além do pai da realidade, Lacan (1998) passou a utilizar o termo Nome-do-Pai como significante da castração simbólica.

Trata-se nesse tempo do Édipo da castração simbólica. A intervenção do Nome-do-Pai no Outro faz com que a identificação da criança com a mãe seja destruída, ou, pelo menos, recalcada. O falo como objeto imaginário do Desejo da Mãe passa para

o nível significante do desejo do Outro. Inscreve-se aí a castração no Outro, constituindo-se o inconsciente como barrado ao sujeito. A criança, antes submetida ao Outro absoluto, não barrado, encontra-se, a partir de agora, diante de um Outro barrado pela inscrição da castração no Outro, inaugurando-se a cadeia significante do Inconsciente do sujeito, momento que corresponde o recalque originário (QUINET, 2014, p. 12-13).

Como veremos abaixo, para que o bebê dialetize o Desejo da Mãe, será necessário que haja na Mãe a *dimensão mulher* (SOLER, 2005), isto é, sua condição de não ser apenas mãe, mas ser também sujeito desejante, que deseja outras coisas além do filho. É a mãe como sujeito dividido que aponta para a castração, para a falta no outro e no Outro, “significando para a criança que o Desejo da Mãe se encontra em outro lugar e que ela por sua vez também é submetida a uma lei” (QUINET, 2014, p. 12).

A pequena criança, ao experimentar a alternância entre as presenças e ausências do agente da função materna, começa a notar que esse agente se interessa por outros objetos que não apenas ela, isto é, que o desejo materno está alhures, comporta um para além dela. O que convoca o desejo do agente materno? Eis a questão que surge para o bebê. A percepção da diferença presença-ausência enquanto operador coloca em cena a instância terceira, um terceiro que não dependa da lei materna. Esse terceiro opera como função paterna ao interditar o agente da maternagem e frustrar a criança em ser esse objeto fálico (MEXKO, 2020, p. 92).

O segundo tempo do Édipo é marcado pelo início da simbolização da Mãe pela criança. Freud (1996b) descreve este tempo com o exemplo do jogo do carretel, do *fort-da*, em que seu neto encenava por meio da brincadeira o aparecimento e o desaparecimento da mãe, podendo simbolizar sua presença-ausência por meio das palavras *fort* (longe) e *da* (aqui). “O agente da função materna passa de um estatuto de objeto primordial ao de signo no momento em que a criança pode simbolizá-la por meio de uma palavra” (MEXKO, 2020, p. 92). Na narrativa de Freud (1996b, p. 24-25):

Esse bom menininho, contudo, tinha o hábito ocasional e perturbador de apanhar quaisquer objetos que pudesse agarrar e atirá-los longe para um canto, sob a cama, de maneira que procurar seus brinquedos e apanhá-los, quase sempre dava bom trabalho. Enquanto procedia assim, emitia um longo e arrastado ‘o-o-o-ó’, acompanhado por expressão de interesse e satisfação. Sua mãe e o autor do presente relato concordaram em achar que isso não constituía uma simples interjeição, mas representava a palavra alemã ‘fort’. Acabei por compreender que se tratava de um jogo e que o único uso que o menino fazia de seus brinquedos, era brincar de ‘ir embora’ com eles. Certo dia, fiz uma observação que confirmou meu ponto de vista. O menino tinha um carretel de madeira com um pedaço de cordão amarrado em volta dele. [...]. O que ele fazia era segurar o carretel pelo cordão e com muita perícia arremessá-lo por sobre a borda de sua caminha encortinada, de maneira que aquele desaparecia por entre as cortinas, ao mesmo tempo que o menino proferia seu expressivo ‘o-o-ó’. Puxava então o carretel para fora da cama novamente, por

meio do cordão, e saudava o seu reaparecimento com um alegre ‘da’ (‘ali’). Essa, então, era a brincadeira completa: desaparecimento e retorno.

O terceiro tempo do Édipo é marcado pelo declínio do complexo de Édipo (FREUD, 2020), dada a inscrição do significante Nome-do-Pai, que permitirá ao garoto dar significação simbólica para o seu pênis e para a virilidade, e à garota permitirá situar-se como objeto de desejo do homem²⁴. A partir da castração como primeiro significante, se constrói o inconsciente neurótico, permeado pelas questões do sexo e da existência.

A intervenção do Nome-do-Pai no Outro faz com que a identificação da criança com a mãe seja destruída, ou, pelo menos, recalcada. O falo como objeto imaginário do Desejo da Mãe passa para o nível significante do desejo do Outro. Inscreve-se aí a castração no Outro, constituindo-se o inconsciente como barrado ao sujeito. A criança, antes submetida ao Outro absoluto, não barrado, encontra-se, a partir de agora, diante de um Outro barrado pela inscrição da castração no Outro, inaugurando-se a cadeia significante do Inconsciente do sujeito, momento que corresponde o recalque originário (QUINET, 2014, p. 12-13).

Pela psicanálise apreendemos que o indivíduo vivo não tem estatuto de ser humano, o corpo que chega ao mundo, fruto da junção do material genético de um homem e de uma mulher, para tornar-se humano necessita de um banho de linguagem. O humano não é natural, assim como o aparelho psíquico não tem absolutamente nada de pré-estabelecido, ou seja, o bebê não nasce com o aparelho psíquico determinado, este se construirá como singularidade, na articulação do universal (Outro – simbólico) com o particular (outros – imaginário).

A realidade previamente estabelecida não é a realidade psíquica, mas sim a realidade do discurso, da ordem simbólica (campo do Outro). Não basta ser filho de humanos, é preciso se filiar à cultura, pois, o universal é o laço social, por isso, aos seres humanos enquanto seres falantes se impõe a “sede de sentido” (LACAN, 1992, p. 14), a necessidade de se estruturar psiquicamente para habitar a linguagem, a ordem simbólica.

A estruturação diz respeito ao modo particular como cada humano irá fazer a construção da sua realidade psíquica (*Realität*), pois é com ela que irá entrar na realidade compartilhada e responder às injunções da vida cotidiana que exigem elaboração psíquica. Um sujeito pode se constituir/estruturar em uma das três modalidades: por recalque (na neurose), por renegação (na perversão) ou por forclusão (na psicose), sendo que cada dessas modalidades apresenta sobremodalizações que podem ser nomeadas como estilos clínicos. A modalidade da forclusão tem como sobremodalidades a esquizofrenia, a paranoia e a melancolia. Cada uma das modalidades e sobremodalizações constituem modos particulares do sujeito estar no mundo e de processar psiquicamente os eventos da realidade. Elas

²⁴ Isso quando se trata de sujeitos heterossexuais, pois, no caso da homossexualidade entram outras variantes, que não abordaremos por falta de espaço.

são a verificação do processo de constituição universal, processado no particular da história de um sujeito específico que terá um estilo singular como efeito de seu processamento subjetivo (MEXKO, 2020, p. 90).

Quando o bebê percebe os hiatos entre ele e o outro e entre o outro e Outro ele se depara com o real de que algo falta ao semelhante, e, conseqüentemente, a si mesmo (o real da castração), então, é forçado a uma escolha descrita por Lacan (1998) no paradoxo “a bolsa ou a vida!”- eis a dialética do ter ou não ter, traduzida por ser o falo ou ter o falo: ser objeto de desejo ou desejar. Na neurose, se escolhe a vida (desejo, parcialidade) sem a bolsa (gozo, totalidade) – “o que resta, de qualquer modo, fica desfalcado” (LACAN, 1998, p. 855).

Da separação da criança do outro-Outro, intermediada pela castração simbólica, resta uma perda – o que Freud (2010) chamou de objeto perdido, que Lacan chamou de *Das Ding*, a Coisa. O objeto perdido não é um objeto da realidade, mas sim uma representação psíquica da satisfação plena, quando no primeiro tempo do Édipo o bebê encontrava sua completude (pulsional) na Mãe. “O objeto perdido é o objeto que o sujeito nunca teve ou terá, mas é o objeto da procura” (FERNANDES, 2006, p. 94).

A representação psíquica do objeto perdido (aquilo que o sujeito supõe que teve e que precisa reencontrar) no inconsciente adquire estatuto de significante-mestre (S_1) – “O Significante é a primeira marca do sujeito” (LACAN, 2008, p. 66). A primeira marca do sujeito do inconsciente, o S_1 da castração é o significante que guiará todo processo de constituição subjetiva, a partir do qual virão os outros significantes. O S_1 orienta todas as relações intersubjetivas do sujeito quanto às formas como ele se apreende na linguagem, nas relações humanas.

O Nome-do-Pai é um significante estruturador todos os significantes que constituem o inconsciente como discurso do Outro. Ele é um “ponto de basta” (ou ponto de estofo) que, dentro de uma linguagem de estofamentos, é o ponto de costura, ao qual geralmente se acrescenta um botão, que amarra toda a estrutura de uma almofada (QUINET, 2015, p. 28).

A castração simbólica resultante da escolha pela vida corresponde ao recalque primário (*Urverdrängung*), à inscrição do significante-mestre, Nome-do-Pai. Para o sujeito que operou o recalque primário, ou seja, que se encaminhou pela via do Édipo, surgirá o que Lacan (1998) chamou de sujeito como dividido. Haverá duas saídas possíveis para o sujeito lidar com a divisão conseqüente da sua escolha pela vida: 1) ou ele nada vai querer saber sobre isso que lhe falta, de modo a utilizar o recalque [*Verdrängung*] para esquecer do real da

castração; 2) ou ele tentará desmentir a falta, o real da castração, por meio da renegação [*Verneinung*].

Lacan (1985) abordou a foraclusão [*Verwerfung*] como uma forma de constituição bem específica em que o ser permaneceu petrificado na alienação ao Desejo da Mãe, portanto, não se encontrou com a castração simbólica. Para os sujeitos estruturados na foraclusão não houve intervenção do Pai no Desejo da Mãe, não houve inscrição do significante Nome-do-Pai como significante do recalque primário, portanto, ao sujeito fica mais difícil inscrever estruturalmente a falta no Outro, de modo que a escolha entre a bolsa ou a vida é foracluída.

“Foraclusão é um neologismo que se utiliza em português para designar que não há inclusão” (QUINET, 2014, p. 16). O sujeito constituído na foraclusão não chega à simbolização da Mãe, então, permanece, quando e se vier a desencadear uma psicose, como objeto do Outro, submetido à lei do Outro não castrado, uma lei sem nenhuma regulação, análoga à lei da Mãe no primeiro tempo do Édipo (LACAN, 1985).

Na estruturação neurótica, as relações do sujeito com o outro e com o Outro vão sendo intermediadas pelo Nome-do-Pai. As identificações não permanecem no registro imaginário, se tornando identificações simbólicas – fálicas – poderíamos dizer, por serem remetidas ao Édipo. A realidade psíquica de um sujeito da foraclusão, dada a ausência do Nome-do-Pai, ausência do significante-mestre do recalque primário, não se fundamenta no simbólico, mas sim no imaginário.

A constituição do sujeito da foraclusão se ateve na identificação fusional com o outro-Outro, como no primeiro tempo do Édipo, sem ter dado continuidade à simbolização da Mãe e à significação do sexo, equivalente ao segundo e ao terceiro tempo do Édipo. Dada a especificidade da estruturação psíquica, a possibilidade do sujeito da foraclusão se situar no laço social fálico depende da possibilidade das identificações especulares (bengalas imaginárias) substituírem o S_1 da castração, ou seja, depende da estabilidade do registro imaginário.

Em virtude da prevalência do imaginário, esses sujeitos tendem a se identificarem com as imagens padrão da realidade social compartilhada, um empuxo a viverem “como se” fossem constituídos por recalque. Os sujeitos constituídos por foraclusão podem viver vários anos – alguns até por toda a vida – em um arranjo imaginário que lhes dá certa consistência subjetiva, podendo habitar a realidade social comum – trabalhar, estudar, casar, ter filhos, dentre outras possibilidades (MEXKO, 2020, p. 96).

O imaginário de um sujeito da forclusão pode ruir quando algum acontecimento fizer referência ao real²⁵, exigindo uma resposta (de sentido) que não se pode encontrar fora da ordem simbólica – esse acontecimento foi nomeado por Lacan (1998) de Um-pai. Sobre o desencadeamento da psicose, segundo Lacan (1998), “Basta que esse Um-pai se situe na posição terceira em alguma relação que tenha por base o par imaginário a-a” (p. 584). Desfeita a identificação especular, haverá a dissolução do imaginário, que corresponde à dissolução do próprio sujeito, ao desmoronamento da sua realidade psíquica (psicose deflagrada).

De acordo com Quinet (2014, p. 16), “O Édipo é o preço que se paga para advir como sujeito da linguagem que é, portanto, condenado a lidar com a falta, com a castração simbólica e com o recalque”. Se a divisão resultante do recalque primário é o principal motivo da insatisfação neurótica, por outro lado, ela é o que causa o sujeito do inconsciente, como falta-a-ser, devir-desejante e devir-sentido. “O sujeito do inconsciente nasce, precisamente, ali onde se ergue o obstáculo de uma impossibilidade” (NASIO, 1993, p. 83).

Vez que o Outro na neurose não é completo, o desejo também não pode ser completamente satisfeito, então, o sujeito como dividido deverá lidar com satisfações parciais. A satisfação absoluta (miragem da felicidade plena) remete ao gozo do Outro, ao reencontro com o objeto perdido (retorno à situação de equilíbrio anterior à escolha entre a bolsa ou a vida). O neurótico “quer o gozo do Outro, sabe que não pode atingi-lo e, simultaneamente, não quer esse gozo” (NASIO, 1993, p. 36). Se o sujeito do recalamento não quer a satisfação absoluta, é só porque o gozo do Outro poria seu ser em perigo.

Gozo é um conceito próprio da psicanálise lacaniana. Lacan (1992) define que o gozo é “o caminho para a morte” (1992, p. 17), “algo que vai em direção à Coisa, tendo passado a barreira do Bem ... quer dizer, do princípio do prazer” (LACAN, 2005, p. 40). “O conceito de gozo, proposto por Lacan, engloba a satisfação pulsional com seu paradoxo de prazer no desprazer. O conceito de gozo implica a ausência de barreira entre o princípio de prazer e seu para-além”. (QUINET, 2015, p. 43).

O que se inscreve em uma dialética do gozo é propriamente aquilo que se dirige contra a vida [...] que acarreta a desapareção dessa vida como tal que é o retorno ao inanimado. O inanimado. Ponto de horizonte, ponto ideal, ponto fora do traçado, mas cujo sentido se revela à análise estrutural. Revela-se perfeitamente pelo que há de gozo. Basta partir do princípio do prazer, que nada mais é do que o princípio da menor tensão, da tensão mínima a manter para que subsista vida. Isto demonstra

²⁵ O real deve ser lido aqui termos freudianos, como *Wirklichkeit* – realidade da castração.

que, em si mesmo, o gozo o transborda, e o que o princípio do prazer mantém é o limite em relação ao gozo (LACAN, 1992, p. 47).

Em posse do significante da castração o sujeito do recalque terá o sintoma e a fantasia como recursos para lidar com o gozo ruinoso: a fantasia põe o véu do recalque sobre o gozo e o sintoma envelopa a fantasia e o gozo que ela comporta. O falo é o significante que baliza o gozo, que põe nele um freio, por isso, na estruturação pelo recalque há formas de um gozo menos invasivo, que só aparece parcialmente, nos sonhos, chistes, sintomas, lapsos, etc. (NASIO, 1993).

O recalque como resultado da inscrição do Nome-do-Pai, é a garantia que o neurótico tem de que o Outro não poderá fazer dele um simples objeto de gozo, ou seja, é a garantia de que ele não vai se perder no gozo do Outro, não vai chegar ao gozo máximo. Embora o sujeito do recalque possa sofrer abalos no registro imaginário, com níveis intensos de dor e tensão psíquica, ele não sofrerá o desmoronamento da sua realidade psíquica, pois esta não se assenta apenas no imaginário.

Em contrapartida, a posição estrutural do sujeito na psicose desencadeada é de assujeitamento ao Outro (onipotente, onisciente e onipresente). O desmoronamento psicótico é ocasionado por acontecimentos que abalam tanto o registro imaginário a ponto de rompê-lo. Lacan (2018) no Seminário 21 utilizou a representação gráfica para ilustrar a realidade psíquica no recalque e na forclusão: a estruturação psíquica no recalque foi representada pela corrente de nó olímpico, que não se desfaz se um dos anéis for rompido, já a forclusão foi representada pelo nó borromeano, que se desfaz totalmente mediante o rompimento de um anel.



Figura 1: nó olímpico (LACAN, 2008, p. 75)



Figura 2: nó borromeano (LACAN, 2008, p. 78)

Na forclusão, o Outro não está submetido à lei da castração, portanto seu gozo não é refreado pelo significante fálico, mas incide diretamente sobre o sujeito sem ter passado pelo registro simbólico, ou seja, sem ter passado por um “tratamento” que o fizesse chegar de uma forma menos violenta (LACAN, 1985). Como explicou Quinet (2014, p. 19): “O Outro do psicótico, por não conter essa lei, apresenta-se justamente como essa figura que dele goza como de um objeto que lhe pertence”.

Os fenômenos que apontam para o gozo, como manifestação do inconsciente na neurose, aparecem como metáforas, em substituição àquilo que do desejo é intolerável – não pode ser visto nem dito –, mas que conseguiu transpor a barreira do recalcamiento para se exteriorizar na forma de lapsos, sonhos, chistes, etc. Devido à barreira do recalcamiento, o gozo esbarra no Nome-do-Pai como ponto-de-basta, então, o discurso do Outro só se manifesta por meio de semi-dizeres.

O Outro no neurótico é “mudo”, seu discurso não atravessa o muro da linguagem, a não ser pelas formações do inconsciente. Na psicose, o Outro fala, aparece às claras, provocando no sujeito todo tipo de reação: terror, pânico, exaltação. Isso faz com que o psicótico, diferente do neurótico que habita a linguagem, seja habitado, possuído pela linguagem” (QUINET, 2014, p. 18).

A alucinação na psicose é entendida como uma revelação do inconsciente, portanto, representa um distúrbio do simbólico, da linguagem e não da percepção. Sendo assim, as alucinações são verbais – alucinações do verbo (linguagem) –, sem nexos causais com os órgãos da audição, da visão, do olfato, etc. (LACAN, 1985). Conforme explicou Quinet (2014, p. 17): “A alucinação verbal não é redutível a um órgão do sentido. É por não ser auditiva, por

situar-se em outro registro, que os alucinados não a confundem com outros ruídos ou falas não alucinadas e que mesmo os psicóticos surdos-mudos de nascença podem alucinar”.

A concepção de Jacques Lacan (1985) sobre a forclusão indicou que há um tratamento possível para a psicose, que consiste na reorganização do sistema de significantes que entrou em colapso (restauração do imaginário) e na mediação do gozo do Outro por meio da construção da metáfora delirante. A metáfora delirante tem função de suplência à metáfora paterna, de S_1 , funcionando como ponto-de-basta, da mesma forma que funciona o Nome-do-Pai na neurose. “É a falta do Nome-do-Pai que, pelo furo que abre no significado, dá início à cascata de remanejos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante”. (LACAN, 1998, p. 584).

A metáfora delirante não opera a castração simbólica ao modo das estruturas que inscreveram o recalque originário (recalcamento e renegação), mas tem a mesma função da metáfora paterna, no sentido de apaziguar o gozo do Outro; é um recurso imaginário, porém, de potência simbolizante, que serve para estabilizar a economia psíquica do psicótico. Trata-se de um suprimento ao simbólico.

Partindo da teoria dos nós, Lacan abriu caminho para pensarmos que existem outras possibilidades de habitar a linguagem além da ficção edipiana. A clínica das suplências, baseada na pluralização do Nome-do-Pai inclui outras formas de ciframento do gozo do Outro, outras maneiras de se chegar à estabilização da realidade psíquica. De acordo com Soller (2007, p. 196), “A metáfora é um princípio de estabilização. Ela cria um ponto de parada no deslizamento do significado sob o significante”. Nas palavras da autora:

O que interessa é a problemática do ponto de basta em seus efeitos estabilizadores. A questão é saber como é possível restaurar aquilo que é desatrelado na perseguição e no desastre do imaginário pelo deslocamento das identificações, de tal sorte que o gozo entre na dialética do discurso. Fazer o gozo entrar nos limites do discurso e do vínculo social, essa é a questão, com efeito (p. 203).

A metáfora delirante produz efeito estabilizador, pois oferece um sentido (S_1) obtido na intersecção imaginário-simbólico. O sujeito da forclusão, se vier a desencadear a psicose, necessita de um sentido (ainda que não seja o sentido fálico) para que não fique petrificado na condição de objeto de gozo do Outro, e, assim, possa se deslocar da posição de impotência homóloga à do bebê=falo alienado ao Desejo da Mãe no primeiro tempo do Complexo de Édipo. “O delírio, vindo a suprir a forclusão do Nome-do-Pai, corresponde à definição de

Freud: o delírio é como uma peça que se cola aí onde houve uma falha na relação do sujeito com o mundo da realidade, mundo que, como se sabe, é para o homem estruturado pelo simbólico” (QUINET, 2014, p. 25).

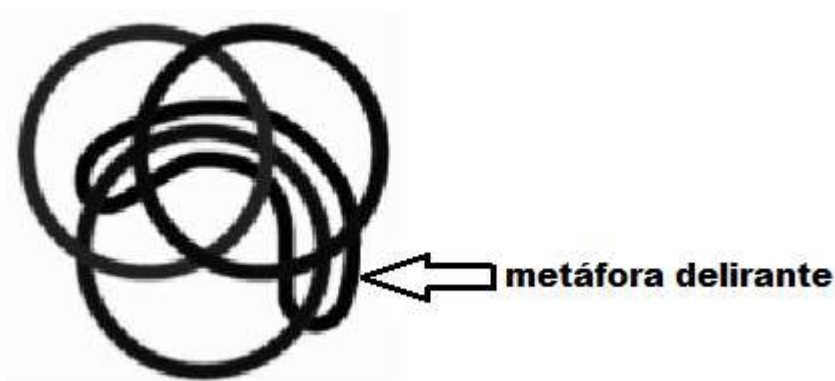


Figura 3: metáfora delirante como suplência ao simbólico

O trabalho delirante é a busca por um sentido, portanto, se equipara ao trabalho do psicanalista com os sujeitos do recalamento, considerando que a interpretação do psicanalista na clínica das neuroses visa à significação, ao simbólico. “Interpretar enquanto busca de sentido é exatamente o que faz o sujeito a partir do trabalho delirante. E não cabe ao analista competir com o sujeito” (QUINET, 2014, p. 62). Lacan (1985) definiu que ao psicanalista caberia o trabalho de secretário do alienado: neste trabalho é importante não desejar saber e nem fazer pelo outro, não se deve ter pressa, pois o tempo e a resposta pertencem a cada sujeito.

Enquanto para a neurose pode-se fazer uma teoria restringida ao Édipo para se pensar a solução subjetiva, para a psicose é preciso verificar caso a caso como o sujeito produz sua solução modulando a relação entre os três registros. Multiplicam-se, portanto, as possibilidades de estabilização que funcionarão como direção no tratamento, devendo cada caso ser examinado em sua singularidade (GUERRA, 2007, p. 215).

Em geral, é possível discernir três momentos da forclusão: 1) Pré-psicose – o sujeito vive “como se”, recorrendo às suas identificações especulares. Ihe é possível ter uma vida normal, isto é, adaptada à norma social; 2) Desencadeamento – quando diante de uma injunção simbólica ele não consegue encontrar respostas no plano imaginário, então, ocorre o

desmoronamento psicótico da realidade psíquica; e 3) Estabilização no delírio – se utiliza da metáfora delirante para reconstruir a realidade psíquica desmoronada pelo desencadeamento da psicose.

Paranoia, esquizofrenia e melancolia como sub-modalizações da foraclusão

A constituição da realidade psíquica se dá em torno de basicamente três estruturas clínicas: recalçamento, renegação e foraclusão. Dentro de cada estrutura há sub-modalizações, sendo a paranoia, a esquizofrenia e a melancolia as sub-modalizações da foraclusão.

Os fenômenos que apontam para o inconsciente na foraclusão revelam o inconsciente a céu aberto (LACAN, 1985) e escancaram as formas de gozo, que na estrutura do recalçamento não estão à mostra, mas permanecem por detrás dos sintomas e dos fetiches. No desmoronamento psicótico tornam-se visíveis não só os distúrbios do simbólico, mas também as formas como o gozo do Outro pôde ser mais ou menos subjetivado, isto é, o quanto o sujeito pôde avançar em direção à simbolização da Mãe.

Na paranoia, embora não ocorra a metaforização da Mãe, ou seja a inscrição da castração, o sujeito chega a ver o Desejo da Mãe como algo que está além dele, vamos dizer que ele não investe nisso como um enigma a ser decifrado, não se envereda pela significação fálica, mas ele tem sinais de que o Desejo da Mãe é de algum modo dividido e não se resume a ele, ou seja, ele pode, ainda que muito pouco, perceber que ele não é o outro-Outro.

Já a esquizofrenia corresponde à forma mais arcaica da alienação, em que o sujeito só pode projetar a imagem de si no outro-Outro. Por conseguinte, o gozo do Outro na esquizofrenia é absolutamente desgobernado e se encerra no próprio corpo do sujeito, corpo que só pode ser sustentado na identificação fusional com o outro. No desmoronamento psicótico o corpo do esquizofrênico é invadido e despedaçado pelo gozo.

Se na paranoia o sujeito vive às voltas com o Outro, ora traidor, ora perseguidor, ora amoroso, o problema central na esquizofrenia é a relação com o próprio corpo (com a fragilidade do corpo como substância de gozo) não a relação com o Outro. Pode-se dizer que o paranoico chegou a realizar a integração da imagem unificada do Estádio do Espelho, mas o esquizofrênico não. “A não localização do gozo no campo do Outro faz esse gozo permanecer ou retornar ao corpo auto-erótico, despedaçado pelo real das pulsões” (QUINET, 2017, p. 65).

Verifica-se na esquizofrenia fragmentação do gozo do corpo, da fala e do

pensamento – o gozo está disperso e tende a invadir todas as instâncias sem enquadramento algum, de forma anárquica. Na paranoia, em contraposição, há uma concentração do gozo no Outro na figura do perseguidor, da pessoa amada ou odiada, do traidor, etc. (QUINET, 2017, p. 59).

A paranoia, em essência, contém uma referência ao Outro, o que se pode atestar nas identificações imaginárias (eu-outro) e nos delírios (de perseguição, de ciúmes, de erotomania), portanto, a paranoia em vista da esquizofrenia é um passo adiante para desalienação do Outro. Porque o gozo se localiza no Outro, o registro imaginário se apresenta mais consistente, logo, menos propenso a se romper.

Lacan considera paranoia como vinculada à imagem alienante do eu do estágio do espelho, que é projetada no outro, e a esquizofrenia tributária das imagens do corpo despedaçado (pelas pulsões auto-eróticas), que se encontram no tempo lógico anterior à constituição da imagem gestáltica e ortopédica do eu a partir da imagem do outro (QUINET, 2017, p. 65).

Se na paranoia há o Outro como lugar de gozo, na esquizofrenia, o corpo é o lugar de gozo. Na paranoia, no interstício do imaginário com o simbólico, ocorre a inscrição de pelo menos um significante-mestre; o sujeito, embora não faça a simbolização do Desejo da Mãe, chega à formação da imagem do corpo unificado. Na esquizofrenia não há nenhum significante-mestre, por isso, os significantes não se encadeiam, mas ficam desgovernados (LACAN, 1985). “No esquizofrênico o corpo é o Outro, o corpo como lugar de gozo sem qualquer mediação. [...] Por não existir um significante-mestre (S_1) que represente o sujeito, os significantes se espalham pelo corpo trazendo um corpo sem lei nem coordenação” (QUINET, 2014, p. 120).

Na esquizofrenia há a “radical exclusão do discurso como laço social” (QUINET, 2017, p. 53), logo, é muito mais difícil para o sujeito se adaptar ao instituído social. O esquizofrênico, como o paranoico, também pode funcionar “como se”, porém o “como se” na esquizofrenia torna-se bastante caricatural, porque o corpo é robotizado, automatizado, sem nenhuma naturalidade. O tratamento da esquizofrenia pode passar pela paranoização, porque a paranoia supõe que exista um Outro e isso faz com que o gozo se localize fora do corpo (QUINET, 2014).

No paranoico o gozo está incluído no outro como alteridade, sua suposição é a de ser o objeto desse Outro que ele próprio designa. No esquizofrênico há um despedaçamento dessa estrutura do Outro subjetivado, que não está, portanto, presente, e o gozo faz retorno sobre o próprio corpo do sujeito. Nesse sentido, podemos dizer que a paranoia está do lado do estágio do espelho e a esquizofrenia

do lado do corpo despedaçado (QUINET, 2014, p. 121).

A terceira sub-modalização da forclusão é a melancolia. O melancólico sofre com pensamentos de autoacusação e de auto injúria que se manifestam numa dor penosa. Ao contrário dos sujeitos da esquizofrenia e da paranoia o delírio não é uma tentativa de cura, pois nele se encontra a explicação para o estado de profunda tristeza, a resposta funesta que justifica sua completa imobilidade e passividade. “Assim, o conteúdo da ideia delirante será também tão penoso quanto a dor que o sujeito sofre” (QUINET, 2014, p. 153).

O sujeito da melancolia, assim como o esquizofrênico e o paranoico permaneceu identificado ao outro/Outro, contudo, para o melancólico é como se o outro/Outro não comportasse nenhuma alteridade, mas fosse um objeto – não qualquer objeto, se trata do objeto pulsional, fonte de toda vida. O sujeito, portanto, ficou ele próprio numa identificação indissolúvel com o objeto (FREUD, 2010).

Na melancolia não existe para nenhuma amarração (ainda que precária) do simbólico com o imaginário, conseqüentemente, a realidade psíquica do melancólico se sustenta apenas no real e no imaginário, não há um significante-mestre (S_1) recortado do campo da linguagem que lhe dê estabilidade subjetiva. Para Rodrigues (2018) a melancolia desvela a dor de existir, sendo uma das expressões mais autênticas da perda, do desamparo primordial, da condição de insuficiência do ser humano.

Na melancolia há “perdas alheias à consciência, angústias de aniquilamento, impulsos flageladores do próprio desejo. O eu melancólico transborda-se, arruína-se, deflete a agressividade para si mesmo, para quem odeia, para quem, em delírio, confunde-se com o algoz” (p. 5). Quando num estado melancólico, o sujeito se mantém preso à dor da perda, sem poder ou querer soltar-se dela, afinal ele crê que a merece. Sobre os fenômenos elementares da melancolia, são eles, a dor moral, os distúrbios cenestésicos e os distúrbios intelectuais, estes últimos englobados pela designação de “parada psíquica” (QUINET, 2014).

As ideias delirantes que podem sobrevir são secundárias a esses fenômenos elementares da melancolia. Os distúrbios físicos são de toda ordem: dores vagas e generalizadas, fadiga intensa, zumbidos, palpitações, perda de apetite, constipação, insônia e sonolência – tudo isso constitui um novo estado cenestésico penoso. Ao lado da depressão física há uma depressão psíquica que se traduz por um estado de abulia com apatia, falta de resolução, lentidão dos movimentos, da fala que se torna monótona e arrastada (151-152).

Dada a perda do objeto ocorre o desinvestimento no mundo exterior e em si mesmo.

Sem o objeto o sujeito não é digno de estima, sua existência não é válida, portanto, sua miséria é justificável. O sujeito da melancolia nega a si mesmo, nega sua humanidade, de modo que viver para ele é apenas esperar sua punição e seu fim (QUINET, 2014).

Diferentemente da negação na neurose que dialeticamente nega afirmando e afirma negando, e cujo mecanismo da *Verneinung* é um índice do recalque, a negação na melancolia é um índice da forclusão do Nome-do-Pai: é uma negação da própria existência do que é negado. Trata-se de uma negação que abole, zerifica. Eles não têm nome, não têm idade, não nasceram, não têm nem pai nem mãe. [...]. A descrição clássica do quadro melancólico nos permite depreender a estrutura da psicose em que o sujeito se encontra na posição de objeto a, como rebotinho do Outro do simbólico (p. 155-156).

Explicadas brevemente as principais diferenças em termos dos processos primários de constituição subjetiva das estruturas clínicas do recalque e da forclusão com suas sub-modalizações, a seguir será relatado um dos casos atendidos no CAPSi. O objetivo do relato não é propor um estudo de caso para identificar ou classificar os signos tautológicos da psicose, mas sim para discutir os efeitos da forclusão sub-modalizada como paranoia.

Na construção do caso clínico, as dimensões da teoria e da prática se entrecruzam, costurando saber e fazer, assim, logicamente, será possível justificar o porquê de considerarmos a Terapia Ocupacional Psicossocial um tratamento possível para os desmoronamentos psicóticos. Em última instância, o intuito é apresentar o conhecimento realizado como *práxis*, apostando na transmissão de um saber que partiu da experiência.

Momento de compreender: relatos de uma terapia ocupacional

Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitado (LACAN, 1985, p. 235).

J. P. chegou ao CAPSi com 13 anos por encaminhamento do Conselho Tutelar, pois, havia abandonado a escola e não conseguia retornar nem mesmo para permanecer na sala de aula por períodos curtos, além disso, estava tendo alucinações e se masturbando compulsivamente. Em casa, a convivência estava difícil devido à sua intensa irritação e brigas diárias com os familiares; segundo relato dos avós, seu humor oscilava entre períodos de exaltação e períodos de depressão, inclusive com pensamentos de morte e tentativa de

suicídio.

Diagnosticado pela psiquiatria com transtorno de humor bipolar, J. P. iniciou tratamento no CAPSi com sessões de terapia ocupacional que ocorriam diariamente. Ele permanecia no CAPSi apenas por 60 minutos, pois, ele não tolerava estar no mesmo espaço com outros adolescentes. Logo que entrou na minha sala, J. P. disse ter me amado à primeira vista, que o pastor havia lhe dito que deus enviaria um anjo para cuidar dele e com certeza esse anjo era eu, assim, todos os dias ele se encaminhava para minha sala cantalorando: *“Bom dia, flor do dia! Cadê a minha anja? Já cheguei minha abelha-rainha!”*.

Em entrevista com os avós e o pai, contaram que assim que J.P. nasceu o pai e a mãe se separaram, a genitora mudou-se para outra cidade e não teve mais nenhum tipo de contato, de modo que ele ficou aos cuidados do pai e dos avós paternos. Quando ele tinha 2 anos, o pai se casou de novo, foi morar em outra casa teve mais dois filhos; J. P. continuou morando com os avós, mas frequentava diariamente a casa do pai, foi, então, quando tinha cerca de 9 anos, que J.P. passou a odiar os irmãos e a madrastra, lhe acusando de abuso sexual, dizendo que um dia quando ela foi tomar banho mostrou as partes íntimas para ele e também passou o pé no pênis dele.

Na época, os familiares contam que J. P. ficou extremamente deprimido, que não comia, não brincava e que se chegou a se jogar na frente de um carro dizendo que queria morrer, daí a família buscou por tratamento psiquiátrico e psicológico, mas J. P. dizia odiar a psicóloga, por isso ficou só com a medicação antidepressiva. Algum tempo depois da acusação de abuso sexual, o pai e a madrastra se separaram, o que fez com que o pai voltasse a morar com J. P. na casa dos avós. A esta altura, J. P. já estava com dificuldades de socialização, sobretudo para conviver com os irmãos, pois, dizia que eram dois demônios e ficavam rindo dele por ele ter pênis pequeno; as brigas com os irmãos eram tantas que os mesmos não podiam frequentar a casa dos avós.

Sobre a suposta depressão, os familiares relataram que a melhora se deu quando a família se converteu à religião evangélica, porque o pastor os acolheu muito bem, dando todo respaldo à família. Na igreja, se dizia que ele possuía dons espirituais, que era um profeta escolhido por Deus, por isso estava passando por tanto sofrimento, porque o diabo estava atentando contra a vida dele.

J. P. tornou-se frequentador assíduo de todas as atividades da igreja, não ouvia mais músicas seculares, não assistia televisão e só se vestia com traje social. A aparência dele chamava a atenção, e quando interrogado sobre só usar camisa e calça, dizia que tinha que se

vestir como um “*homem de deus*”. Assim, permaneceu por 3 anos sem apresentar nenhum sintoma de depressão. As questões do humor irritado haviam sido entendidas pela família como algo da personalidade dele, que não necessitava ser tratado.

Na escola, J. P. se desenvolvia bem, as únicas queixas eram a gagueira e o tempo que demorava para copiar a lição, porque tinha que copiar a matéria pelo menos duas vezes, o que o levava a insistir para que professora esperasse e não apagasse a lousa: “*Tem que copiar várias vezes para entender*”, era o que ele dizia. A característica de gostar muito de copiar lhe era peculiar, ele possuía um diário onde transcrevia repetidas vezes o conteúdo dos livros didáticos e também a letra de hinos evangélicos, se gabava por ter a letra perfeita e dizia que ele era uma “*verdadeira máquina de xérox*”; carregava esse diário por onde ia, dizendo que ali estava tudo que tinha dentro da sua cabeça.

Os familiares contam que J. P. voltou a ficar deprimido quando o pai se mudou e foi morar com a namorada. Ele reclamava muito dizendo que o pai não podia fazer isso com eles, que a qualquer momento assassinos entrariam e matariam toda a família, porque o avô já era muito velho e não podia mais ser o homem da casa e defender a família, por outro lado, ele só tinha 13 anos e ainda não era um homem. Aos gritos, J. P. repetia indignado: “*Não sou um homem, ainda sou adolescente!*”.

Sobre o acontecimento desencadeador da crise que o levou ao CAPSi, J. P. contou que num dia de aula, estava no banheiro quando seu colega de classe entrou e sugeriu que eles comparassem seus pênis, então, o que tivesse o pênis menor pagaria um “mico” na frente dos outros colegas de classe. J.P. agrediu o menino, e os avós contaram que quando chegaram à escola ele estava muito alterado e precisou ser levado ao hospital, para atendimento no ambulatório de psiquiatria.

J. P. passou a ter horror à escola, se recusando veementemente a ir às aulas. Desde o episódio do banheiro, ele passou a se masturbar compulsivamente e também a relatar alucinações, via muitas caras em todos os banheiros que entrava, dizia que essas caras o observavam o tempo todo e lhe acusavam de ser homossexual. Para ele essas caras eram pedaços de corpos de anjos que haviam sido expulsos do céu, tornando-se “*restos de demônios*”.

Quando lhe mostrei a sala e os materiais da TO e perguntei o que ele gostaria de fazer, ele foi logo pegando um rolo de papel pardo, e disse que queria escrever no rolo, porque na pregação do último culto o pastor havia dito que deus mandou o profeta Daniel escrever suas profecias num rolo selado com sete selos. Como ele também era um profeta, devia fazer o

mesmo, assim, nos atendimentos ele transcrevia para o papel textos bíblicos, dizendo que só poderia parar quando terminasse de copiar todos os capítulos do livro de Provérbios.

Quando perguntei por que havia escolhido este livro, respondeu que os provérbios continham todas as ordens do que ele poderia ou não poderia fazer: “*se eu fizer como está escrito em provérbios, vou ser um homem de deus perfeito*”, ele dizia. Em cada sessão ele me pedia para ditar um capítulo de provérbios. Sempre muito concentrado na transcrição, não admitia errar uma letra sequer, me pedia para soletrar as palavras que tinha dúvida e se mostrava muito feliz, pois, dizia que ninguém tinha paciência para ajudá-lo a fazer suas cópias, que por isso deus enviou “*uma anja, para soletrar as palavras pra ele*”.

Durante os atendimentos, ele me contava sobre as alucinações, e se dizia aterrorizado com os restos de demônios que o estavam perseguindo e também com as pessoas que o observavam a todo momento, mesmo na ausência das alucinações, se sentia constantemente vigiado e perseguido. Pedia-me para falar com o pai, para que ele voltasse a morar na casa dos avós, pois não conseguia dormir com medo de ser assassinado.

Levamos bastante tempo para confeccionar o livro-rolô, depois, começamos a pintar telas; nas telas, sempre os mesmos desenhos: restos de demônios – desenhava e pintava as caras que apareciam nos banheiros... Dizia que o pastor havia dito que demônios ficavam escondidos dentro das imagens sacras do catolicismo, por isso, não podia ter imagem de santos em casa. Seguindo esse raciocínio, ele pensava que se fizesse imagens representativas dos demônios, eles ficariam nas telas, como ficavam dentro dos santos, logo, deixariam de estar nos banheiros.

Numa sessão, J. P. disse que estava muito preocupado em ir para o inferno, pois, se masturbar era pecado e ele não conseguia deixar de fazer isso. Contou que o pavor que sentia ao ver as caras no banheiro e ao ouvi-las dizer que ele era homossexual só passava quando ele se masturbava, que havia dias em que ele se masturbava mais de 15 vezes; me pediu para dizer à médica que ele precisava ser consultado para que ela lhe prescrevesse uma vitamina, pois ele se sentia muito fraco já que as masturbações lhe esgotavam toda força e ele sentia que iria morrer de fraqueza, ademais, sentia-se extremamente deprimido depois de ejacular.

Na consulta, foi prescrito um medicamento antipsicótico, eficaz no sentido de atenuar a excitação mental, a irritabilidade, frequência das alucinações, e, conseqüentemente, das masturbações. J. P. por conta própria havia decidido que precisava comer bastante, para não morrer de fraqueza; numa refeição, comeu tanto a ponto de vomitar, então, se convenceu de que havia desenvolvido “*gastura nervosa*” e quando alguém lhe dizia que o correto era

gastrite e não gastura, ficava bravo, insistindo que era gastura sim. Sempre me perguntava se era gastrite ou gastura, mas, antes de qualquer resposta minha, ele mesmo concluía: *“É gastura que fala quando a professora passa o giz na lousa e faz barulho, né? Minha amiga dizia que dava gastura. Então, minha doença é gastura, me dá gastura nervosa quando a comida passa no meu estômago”*.

J. P. pintava compulsivamente, empregando uma energia física além do necessário para pintar, que chegava a lhe causar dores por segurar os pinceis com muita força. Reclamava que sentia dores no pulso, que ele chamava de pulmão: *“O certo é o pulmão chamar pulso e o pulso chamar pulmão. Pulmão tem que ser o nome do que está mais perto da mão, lógico, né, rainha, esse povo é muito burro!”*

Incontáveis telas foram produzidas nas sessões de TO como pinturas de restos de demônios, até que numa sessão, já decorrido cerca de um ano de tratamento, ele chegou na minha sala dizendo que havia visto meu rosto no banheiro da casa dele e que deus havia falado para ele que os demônios não iriam mais persegui-lo, pois eu sempre estaria ali, zelando por ele. Desse dia em diante, J. P. passou a pintar telas de personagens bíblicos com versículos escritos para presentear as pessoas, dizendo que ele iria evangelizar o mundo com suas pinturas.

J. P. foi atendido individualmente por cerca de quatro meses, então, ele passou a participar de oficinas grupais com outros adolescentes, de filmes, de músicas, de atividades temáticas; também passou a ser atendido nas aulas de informática e nos grupos de educação em Saúde conduzidos pela enfermagem. Os dias de frequência ao CAPSi aos poucos foram reduzidos e a família matriculou J. P. num curso de pintura em tela, que acontecia nos dias em que ele não ia ao CAPS.

Em meados do ano de 2016, após 3 anos atendendo J. P., comecei a planejar minha exoneração do cargo de terapeuta ocupacional que ocupava no CAPS; este foi um momento crítico do tratamento de J. P., pois, ele não aceitava minha saída do CAPS, temia que voltasse a ver os *“restos de demônios”*. A frequência da masturbação havia sido reduzida consideravelmente e não estava mais associada a um meio de aliviar o terror que sentia ao ser acusado de homossexualidade: *“Eu fazia isso pra mostrar pra eles que eu sou homem e não um gay, se o meu pênis funciona eu sou um homem, né?”*.

Numa visita à sua casa, o pastor disse para ele que nosso tempo juntos havia acabado, que ele já estava bem e que outras pessoas precisavam de mim; essas palavras tiveram um efeito estabilizador para ele, visto que o pastor era uma figura em quem ele acreditava

piamente. Fomos conversando sobre minha saída do CAPS, J. P. assentia que já estava bem, que havia passado pela prova, que serviu para fazer dele um “*crente valioso*”.

O pai havia dito para ele que eu atendia numa clínica particular e que ele poderia conversar comigo para que eu continuasse atendo-o lá, assim, J. P. me fez esse pedido, para que eu o atendesse no meu consultório. Conversei com ele que não via necessidade, já que ele estava bem e poderia continuar pintando suas telas de evangelização no CAPS mesmo, até porque no consultório não havia tantas tintas e pinceis, ainda assim, combinei que iria deixar meu cartão com ele, e que ele poderia me ligar, se precisasse.

No período que se sucedeu à minha exoneração recebi J. P. algumas vezes no meu consultório, não para sessões de TO, mas porque ele dizia ter necessidade de ver que eu estava lá. Algumas vezes conversamos pelo WhatsApp, conversas breves: “*Oi, abelha-rainha, só queria saber se você não mudou de telefone*”.

Pela amizade com a equipe do CAPSi, sempre tinha notícias dele, e, eventualmente, me dispunha a participar de reuniões para discutir o caso dele. Recentemente, soube que ele foi transferido para o CAPS adulto, por ter atingido a maioridade, e que tudo correu bem. Faz dois anos que J. P. não me envia mensagens e nem aparece no meu consultório.

Em contato com uma amiga, psicóloga da RAPS, tive notícias de que J. P. não teve mais nenhuma crise, que não retornou à escola, mas que segue firme na igreja, no propósito de ser um profeta, e que desenvolveu ótimo relacionamento com os irmãos. Ela disse ainda que ele ama a terapeuta ocupacional do CAPS adulto e diz para todos que ela é outra anja na vida dele.

Tempo de concluir: a construção do caso

O progresso de Freud, sua descoberta, está na maneira de tomar um caso na sua singularidade. *Tomá-lo na sua singularidade*, o que quer dizer isso? Quer dizer essencialmente que, para ele, o interesse, a essência, o fundamento, a dimensão própria da análise, é a reintegração, pelo sujeito, da sua história até os seus últimos limites sensíveis, isto é, até uma dimensão que ultrapassa de muito os limites individuais (LACAN, 2009, p. 22).

Minha hipótese de trabalho é de que J. P. era um sujeito cuja realidade psíquica estava estruturada na forclusão e sub-modalizada na paranoia. Nos atendimentos ficou evidenciado que as relações imaginárias de identificação que ele mantinha com os outros, sobretudo com o pai, eram as bengalas imaginárias que lhe garantiram estabilidade subjetiva no período pré-

psicose. Especialmente a referência do pai como modelo (especular) de masculinidade lhe serviu para formação do eu, de uma “identidade” funcional.

Aos 9 anos, a realidade psíquica de J. P. sofreu um abalo significativo, contudo não houve a dissolução do imaginário. A identificação com o pastor e a conversão à religião evangélica funcionaram como bengalas imaginárias que foram rapidamente encontradas. Essas identificações lhe forneceram uma explicação para o seu sofrimento, contribuindo juntamente para evitar o desencadeamento da crise psicótica e o desmoronamento da realidade psíquica.

Dois eventos foram marcantes para a deflagração da psicose: a saída do pai da casa dos avós devido à sua mudança para a casa da namorada e o episódio do banheiro. Além disso, é preciso considerar que na adolescência o sujeito é convocado a sustentar uma posição sexual, é um momento de reafirmação quanto à sua escolha objetal. Na adolescência o complexo de Édipo precisa ser ressignificado, para que o sujeito possa se situar na divisão dos sexos: mas como ressignificar o Édipo se o sujeito constituído por foracclusão carece do significante Nome-do-Pai, e, conseqüentemente, não pode se servir do significante fálico?

O momento que demarcou o desencadeamento da psicose, situado na adolescência, se refere ao acontecimento que interpelou J. P. com uma injunção simbólica fazendo um apelo ao Nome-do-Pai foracluído. Quando o colega de escola sugeriu numa brincadeira que comparassem seus pênis, J. P. se viu atravessado por uma questão além da anatomia (registro imaginário): era uma questão sobre a sexuação, a ser respondida no registro simbólico, portanto, dependente do significante fálico.

Na constituição psíquica de J. P., não houve a inclusão do significante Nome-do-Pai, não houve a travessia da epopeia edipiana, conseqüentemente, ele permaneceu numa identificação imaginária com o falo, impedido de dar significação sob seu sexo. Por não ter acesso ao significante fálico, ele não conseguia se situar na partilha dos sexos, pois, não havia alcançado referência simbólica para o seu pênis.

No questionamento de J. P. “*se o meu pênis funciona, eu sou um homem, né?*” fica nítido que o falo não tinha para ele significação simbólica de sexuação, mas se reduzia a possuir uma genitália masculina. Quando ele reclamou pedindo que o pai ficasse morando na casa dos avós, porque só ele poderia ser o homem da casa, ficou clara a dependência do pai como um modelo de homem, a identificação especular.

A necessidade de um homem-modelo a ser copiado, também é vista na relação de J. P. com o pastor, no modo como passou a se vestir com roupas características de evangélico –

“*homem de deus*”– e na expectativa que ele tinha de encontrar nos escritos bíblicos de Provérbios as regras para ser “*um homem de deus perfeito*”. Se por um lado a identificação imaginária com seus modelos de homem conferiam a ele a estabilidade subjetiva necessária para identificar-se e viver como alguém do sexo masculino, por outro lado, por não terem sido simbolizadas, eram identificações instáveis, prestes a ruir.

As bengalas imaginárias que até os 13 anos permitiram que J. P. se reconhecesse como um menino entraram em colapso no episódio do banheiro, então, o registro imaginário que o sustentava no laço social desmoronou. Depois que J. P. vivenciou a brincadeira dos meninos comparando seus pênis, surgiram as alucinações, os “*restos de demônios*”, que além de o observarem o tempo todo, lhe acusavam de ser homossexual.

No Seminário sobre as psicoses Lacan (1985, p. 21) disse que “o que é foracluído do simbólico reaparece no real”, isto posto, é possível compreender que o que retornava no real das alucinações na forma de injúrias sexuais era a impossibilidade dele se situar na partilha dos sexos. As alucinações continham o que para Lacan (1985) é o essencial da foraclusão como estrutura, a ausência do significante Nome-do-Pai.

As alucinações eram sentidas como injúrias, pois, J. P. se sentia muito ofendido por ser chamado de gay. De fato, ele tinha alguns hábitos culturalmente associados ao feminino, por exemplo, pintar as unhas, mas o empuxo à mulher (LACAN, 1985) na psicose não é uma questão de orientação sexual. “Trata-se do efeito de feminização provocado pela identificação do psicótico com o falo da mãe” (QUINET, 2014, p. 42).

Da mesma maneira, a masturbação compulsiva não era um transtorno de sexualidade. Como explicou Quinet (2014, p. 17): “Por não ter acesso ao falo, significante que lhe traz efeito de significação sob seu sexo, o sujeito se encontra numa problemática fora-do-sexo [...]. O psicótico é um sujeito *ex-sexo*”. A ejaculação não tinha para J. P. significado de orgasmo sexual, visto que a masturbação não lhe trazia prazer, mas, alívio psíquico: “*Eu fazia isso pra mostrar pra eles que eu sou homem e não um gay.*”

O corpo é substância de gozo e o gozo é tratado pela linguagem (NASIO, 1993). O Nome-do-Pai na neurose faz com que o gozo seja refreado e condensado num objeto pulsional (designado por Lacan como objeto a). Na psicose, devido à falta da armadura do Édipo para proteger o corpo, o gozo se espalha e toma o corpo do psicótico, sobretudo na esquizofrenia.

“O que constitui o sofrimento do sujeito é justamente essa dispersão esse despedaçamento de gozo sendo eminentemente terapêutica e apaziguadora a tentativa de condensar o gozo num objeto fora do sujeito” (QUINET, 2014, p. 73-74). Analisando a fala

de J. P., se vê que a masturbação era para ele uma tentativa de condensar o gozo que o invadia num objeto fora dele (o sêmen), uma tentativa de realizar a operação de separação do Outro e extração do objeto a que não aconteceu no simbólico.

Além das alucinações, havia outros distúrbios da linguagem condizentes com a estrutura da forclusão, por exemplo, a gagueira, que certamente não era um simples transtorno da fluência da fala, como diagnosticado pela fonoaudiologia, mas sim um fenômeno que representava a quebra na cadeia de significantes. Lacan (1985) citou também os neologismos como distúrbios da linguagem que testemunham a separação radical entre significante e significado na forclusão, por exemplo, nas narrativas de J. P., “*gastura nervosa*” e “*pulmão*” eram neologismos, palavras empregadas por ele de forma particular e com significados divergentes dos universais.

Chamou-nos a atenção também o uso diferenciado que ele fazia do diário: em vez de registrar seus sentimentos e os acontecimentos da sua vida, utilizava-o para transcrever textos e músicas, que não possuíam nenhum significado em especial. Escrever era apenas o ritual de “*uma verdadeira máquina de xerox*”, se referindo ao mimetismo social (associado ao seu funcionamento psíquico “como se” do sujeito da forclusão).

A necessidade de copiar pelo menos duas vezes o conteúdo da lousa e de transcrever as letras dos hinos evangélicos apontavam para a dificuldade de abstração, de interpretar os textos além do sentido literal. Ao mesmo tempo, se evidenciava os esforços que J. P. fazia para habitar a linguagem, insuficientes muitas vezes, porque a falta de recurso simbólico, o fazia copiar sem compreender.

Se não há entrada no simbólico, na linguagem, todo sistema do significante na forclusão funcionará de uma maneira bem diferente das estruturas que operaram o recalçamento primário (LACAN, 1985), então, os impasses de um sujeito do recalçamento, da renegação ou da forclusão não podem ser escutados e tratados clinicamente pelos mesmos referenciais. Há diferenças elementares quanto às formações do inconsciente em cada estrutura: sintoma no recalçamento, fetiche na renegação e alucinação/delírio na forclusão. Os objetos da pulsão, igualmente, se apresentam de forma particular na psicose, com destaque para a voz e para o olhar:

Esse olhar se mantém e é consistente no caso da paranoia no delírio de observação, quando o sujeito se sente olhado na rua pelos transeuntes ou mesmo em sua casa, por câmeras “escondidas”, ou por vizinhos que o vigiam. A voz, como objeto da pulsão invocante, é o objeto do desejo do Outro. Não se trata na voz do seu jeito, e sim da voz que vem do Outro. Não é a voz que sai quando você fala, e sim a voz na

qual você é falado. Aqui o sujeito é o objeto da voz do Outro. Como ela se manifesta? Paradigmaticamente, é a voz da mãe que embala o bebê desde o útero, nina para fazê-lo dormir, canta durante o banho, inventa músicas e canções na hora de comer etc. Essa voz é uma voz perdida, como objeto, que o sujeito reencontra nos outros que se transformam em parceiros sexuais por mais transitórios que sejam. [...]. Na psicose, a voz como objeto não está perdida e o sujeito está submetido a ela nas alucinações verbais. O psicótico revela que essa voz é a voz do Outro (personificada no delírio), que fala dele e para ele (QUINET, 2015, p. 40).

Outrossim, as formas como cada sujeito a depender da sua estrutura se enlaça ao terapeuta na relação transferencial é absolutamente diferente. Daí a importância do diagnóstico estrutural proposto pela psicanálise de Lacan (1998). A função de um terapeuta para um neurótico, de início, consiste em ajudá-lo a decifrar seu sofrimento, por isso, na neurose, o psicanalista é o sujeito-suposto-saber: o sujeito supõe que o analista possui o saber sobre seu psiquismo e a resposta para seu enigma, então, ele se torna o destinatário do seu sintoma (NASIO, 1993).

Conforme notou Freud (1996b), os neuróticos são tomados pela “compulsão à repetição” (p. 31) e repetem na relação transferencial com o terapeuta experiências de desprazer e emoções penosas, sobremaneira, repetem a forma como se relacionam com os outros e sua posição subjetiva mais inclinada para a alienação (imaginário) ou para a separação (simbólico) do desejo do Outro. Esta constatação levou Nasio (1993, p. 79) a dizer que o inconsciente é o saber da repetição.

Mais do que destinatário do sintoma, quando o sujeito do recalçamento está em análise, o analista passa a fazer parte do seu sintoma como causa, favorecendo a mobilidade da repetição (NASIO, 1993), isto é, sustentando que o analisante não apenas repita, mas que produza algo novo – que encontre uma saída para seus conflitos, outras formas de se relacionar com os outros. É nesta dimensão de produzir algo novo, de reconstruir a realidade psíquica, que pensamos a transferência na TO.

Sobre a transferência, quando se propõe a articulação entre a TO e a psicanálise, como citou Fernandes (2006, p. 126), o terapeuta ocupacional “utiliza o fenômeno transferencial como uma ferramenta para favorecer um percurso de criação de objetos que sejam significativos para o sujeito”. Dito de outro modo, objetos que sejam um devir-sentido, radicalmente subjetivo.

O foco está mais na construção de sentido, mais no processo de busca do que no objeto propriamente da procura, a transferência é considerada uma função que possibilita a busca e não o encontro. O terapeuta é o acompanhante deste percurso. Está investido de uma função de saber, mas de um saber sobre o processo, mais

sobre o andar do que sobre aonde chegar. Aqui, a transferência é considerada para qualquer intervenção terapêutica, porém no sentido de promover a continuidade do processo (FERNANDES, 2006, p. 126).

O sujeito da forclusão não possui enigmas a serem decifrados, haja vista que sua posição estrutural de alienação ao Outro não abre espaço para que ele se interroge. O paranoico não duvida e não se engana, ele tem certeza. No caso de J. P. vemos que sua demanda de tratamento não apareceu por causa de um engano, com uma dúvida referida ao desejo como desejo do Outro, questão típica da neurose (o que o outro quer de mim?).

A demanda de tratamento se constituiu num pedido à terapeuta de fazer frente ao gozo do Outro, por isso, quando ele viu meu rosto no banheiro, teve a asserção de que era um sinal de proteção contra os “*restos de demônios*”: ele se referia a mim como “*anja*” e a designação de “*abelha-rainha*” demonstrava que ele me punha no lugar do Outro, portanto, capaz de enfrentar o Outro que o invadia.

A princípio as produções de J. P. pareciam ser apenas um amontoado de coisas escritas e pintadas que não levariam a nada, inclusive, num certo momento do tratamento a coordenação reclamou da quantidade de telas utilizadas, me sugerindo utilizar sucatas ou materiais mais baratos. Contudo, meu desejo de TO, como um desejo precavido, soube aguardar o efeito-sujeito e insistir na potência criativa que está no *non sense*. Como advertiu Fernandes (2006, p. 127):

Cabe ao terapeuta ocupacional sustentar a posição de que as atividades construídas têm um sentido, entrelaçam-se num discurso e são, assim, criações significantes. Este é o saber do terapeuta, ou seja, de que nada é feito em vão e que na terapia ocupacional a história é construída em ato, no próprio fazer cotidiano. As atividades não são objetos à parte do discurso verbal ou que tenham somente a função de promover o encontro com verdades inconscientes que se revelam. Elas, mais do que remeterem a uma história perdida, são a própria história construída.

O adágio do capitalismo – “*Time is money!*” – não deixa lugar para a complexidade do processo saúde-adoecimento-Atenção, o único tempo que importa é o tempo cronológico, o tempo do relógio. Não há abertura para que aquele que sofre formule qualquer hipótese sobre as possíveis causas do seu adoecimento, do seu mal-estar sintomal (sinto-mal), menos ainda para que pense sobre os meios para curar-se. Em vez de escutar, só é possível ao terapeuta auscultar.

“Há um risco na inclusão do psicótico nos laços sociais – o risco de inseri-lo no discurso do capitalista, pois isso significa compactuar com a forclusão estrutural do sujeito

abolindo sua tentativa de subjetivação” (QUINET, 2017, p. 55). Criticando os tratamentos que não dão tempo ao sujeito do inconsciente, Quinet (2008) fez uma colocação indispensável:

Diante do sintoma todo relógio é mole, como o do quadro de Dali. Impor um tempo ao sintoma é uma ingenuidade se não for uma impostura. E além do mais, prometer a reabilitação rápida do doente para que ele volte logo ao mercado de trabalho e ao consumo não seria estar ao serviço do discurso capitalista? Não se pode pagar o alto preço do assassinato do sujeito com vistas a não se perder o trem-bala da contemporaneidade. Isto não é estar à altura da subjetividade de sua época [...]. O capitalismo e a tecno-ciência são as torres gêmeas que sustentam o mal-estar na civilização contemporânea levando-a ao desastre e ao terror (QUINET, 2008, p. 15-16).

O verbo secretariar possui dois significados, de assistir como um comportamento passivo, ou, de assistir como um comportamento ativo, dar assistência, ambos se unem num tempo lógico (LACAN, 1998) e não cronológico, reafirmando a atemporalidade do inconsciente. Quando J. P. disse que eu era “*uma anja enviada por Deus para soletrar as palavras para ele*”, ficou implícito que ele esperava que eu fosse capaz de além de escutá-lo, dando crédito às suas falas, ajudá-lo a fazer algo concreto: copiar músicas religiosas no diário, transcrever trechos da bíblia no rolo de papel, e, por último, pintar telas para evangelização.

Como em seu caráter estrutural a transferência deve ser considerada enquanto suposição de saber sobre o outro, na terapia ocupacional atribui-se um saber específico ao terapeuta. É um saber sobre o fazer. O elemento fundamental nesta prática profissional, que lhe dá especificidade, é a utilização de atividades. Assim, temos como elemento fundamental o fazer, apesar de não prescindir também da palavra. Se na psicanálise a palavra adquire o sentido de construções de signos em um discurso, na terapia ocupacional, as atividades criadas também fazem parte de uma sintaxe construída, modelada, costurada (FERNANDES, 2006, p. 127).

A demanda de tratamento de um paranoico é a demanda de suplência ao simbólico foracluído, de tratar o real por meio de recursos imaginários de estatuto simbolizante, ou melhor dizendo, de entrelaçar novamente (não da mesma forma) o registro imaginário com o simbólico. Neste contexto, as sessões de TO foram essenciais para o tratamento. É verdade que no caso específico da sub-modalização na paranoia o sujeito poderia se beneficiar do encontro com uma psicanalista que não fosse necessariamente uma terapeuta ocupacional utilizando as atividades artísticas como meios de trabalho, pois na paranoia, é a metáfora delirante que ata imaginário e simbólico, e esta pode ser construída prescindindo das atividades artísticas.

Não é a produção artística em si mesma que cinge o gozo do Outro na paranoia. J. P. poderia falar à psicóloga, à psiquiatra ou qualquer terapeuta que se dispusesse a escutá-lo, todavia, o convite para as artes teve efeito catalisador, tanto no que se refere ao estabelecimento da transferência, quanto no que se refere ao apaziguamento do gozo do Outro e à construção da metáfora delirante. Longe de ter sido apenas um intermediário do tratamento, as pinturas feitas por ele podem ser interpretadas em pelo menos duas vias, uma que diz respeito à revelação do inconsciente, visto que elas faziam menção à pulsão escópica e ao gozo do olhar na paranoia; e outra que diz respeito à tentativa de circunscrever esse gozo. “A pintura é uma tentativa de domar, domesticar o gozo do olhar desse Outro que se encontra à espreita do sujeito” (QUINET, 2014, p. 228).

Pintar era uma forma de J. P. tirar os “*restos de demônios*” dos banheiros colocando-os nas telas, então, depois de prontas, as telas passavam a conter os demônios. Entretanto as imagens pintadas não continham os demônios da mesma maneira como as imagens dos santos do catolicismo, conter aparece aqui não apenas com o significado de portar, mas também, e sobretudo, de barrar, dar contenção.

J. P. não levava as telas dos “*restos de demônio*” para sua casa. Embora ele não tenha me dito, posso inferir que a razão para não as levar era porque ele acreditava que, de fato, os demônios estavam nelas contidos, e o que ele queria era precisamente afastar-se deles. Conter os “*restos de demônios*” exigia-lhe grande esforço psíquico, que se confundia com o esforço físico, evidenciado na forma enérgica como pintava, na força com que segurava os pinceis, que chegava a lhe causar dores. Na explicação de Quinet (2014, p. 228-229):

A chuva de pinceladas de tinta em uma tela é uma deposição do olhar cuja função é descrita por Lacan como um dar-a-ver, pois, trata-se aí do desejo para o Outro. [...]. Na psicose, principalmente, o quadro tem a função de servir de pasto ao olhar sedento do Outro que visa o ser do sujeito. Este faz a pintura para tentar aí depositar, fixar, desviar de si o olhar mortífero do Outro. [...]. Assim, a pintura permite deslocar esse olhar que faz irrupção no campo da realidade do sujeito para vigiá-lo e puni-lo. Colocar o olhar na tela para melhor enquadrá-lo pode ser o ato equivalente a uma tentativa de cura realizada pelo delírio [...]. A consequência do ato pictural é um apaziguamento do gozo que invade sujeito com o olhar vigilante e a voz da injúria que parte do Outro.

Na clínica das suplências pensada a partir da teoria dos nós, não importa tanto se é a arte, se é a metáfora delirante, ou se são ambas conjuntamente que funcionam como ponto-de-basta, remendando a realidade psíquica do psicótico. Na brincadeira do neto de Freud com o carretel, quando no processo de simbolização da Mãe, Lacan (2009) destacou que não é a fala

(linguagem falada) que produz a simbolização, mas sim a possibilidade do sujeito fazer *Um uso da linguagem*. Se a palavra é a morte da Coisa e é a linguagem que opera a separação do Outro, que faz barreira ao seu gozo atroz, defendemos que há diferentes possibilidades do sujeito se inscrever na linguagem, diferentes caminhos para se chegar à palavra plena (LACAN, 1998).

O importante não é que a criança diga as palavras *Fort/Da*, o que, na sua língua materna, é *Longe/Aqui* – ela as pronuncia aliás de maneira aproximativa. É que há aí, desde a origem, uma primeira manifestação da linguagem. Nessa oposição fonemática, a criança transcende, introduz num plano simbólico o fenômeno da presença e da ausência. Torna-se mestre da coisa, na medida em que, justamente, a destrói (LACAN, 2009, p. 228).

As sessões de TO, na medida em que colaboraram para que J. P. construísse um delírio, ou melhor, uma metáfora delirante, funcionaram como palavra plena (LACAN, 1998), terapêuticas de ponto-de-basta. Embora a metáfora delirante não tenha efetuado a castração simbólica, ela se desdobrou em formas de J. P. poder articular o registro imaginário com o simbólico, para cifrar o gozo do Outro. A metáfora delirante (ser um homem de Deus, um profeta que evangelizaria o mundo com suas telas, um crente valioso) remediou a ausência do significante Nome-do-Pai, servindo para dar um destino aos delírios e às alucinações.

Do delírio de perseguição à metáfora delirante, passando pela arte, J. P. pôde se deslocar (pelo menos naquele momento) da posição de objeto do gozo do Outro (alvo de injúrias) para a posição de sujeito, ainda identificado ao registro imaginário, mas um sujeito que não é apenas atravessado pelos efeitos da sua estrutura, mas que se tornou um atravessador dela. Ele se deslocou para um lugar de protagonismo, em condições de responder aos seus impasses constitutivos. O significante “*crente valioso*” que ele escolheu para se identificar ilustra essa mudança de posição subjetiva.

Pintar telas com motivos e mensagens bíblicas acreditando ser um profeta com a missão de evangelizar as pessoas foi a produção de saúde, a resposta que centralizou as necessidades de J. P. para atribuir um sentido à sua existência. A crença evangélica serviu para que J. P. justificasse os fenômenos da psicose (as alucinações e delírios foram explicadas como perseguição diabólica). A identificação de *crente valioso* lhe permitiu se organizar em relação às demandas do mundo externo, às injunções simbólicas.

De fato, a fórmula da metáfora que lhes forneci não quer dizer nada senão isto: existem duas cadeias, os S do nível superior, que são os significantes, ao passo que

encontramos abaixo deles tudo o que circula de significados ambulantes, porque eles estão sempre deslizando. A amarração de que falo, o ponto de basta, é tão somente uma história mística, pois ninguém jamais pode alinhar uma significação num significante. Em contrapartida, o que se pode fazer é atar um significante num significante e ver no que dá. Nesse caso, sempre se produz alguma coisa de novo, a qual, às vezes, é tão inesperada quanto uma reação química, ou seja, o surgimento de uma nova significação. (LACAN, 1998, p. 202).

O resultado desse processo de substituição, do Nome-do-Pai pela metáfora delirante, conferiu um sentido singular à vida de J. P., sentido diretamente ligado às suas identificações imaginárias: *“homem de deus”*, *“profeta”*. O trabalho do delírio, apesar de ser uma resposta formulada mormente no registro imaginário, permitiu a ele se orientar na ordem simbólica das relações humanas, na Cultura, isto é, no laço social.

As primeiras atividades que J. P. desenvolveu na TO, cópias de hinos evangélicos e transcrições dos provérbios no rolo de papel remetem à sua tentativa de continuar funcionando “como se”, enquanto *“uma verdadeira máquina de xérox”*; depois, as pinturas dos *“restos de demônios”* remetem à tentativa de enquadrar o gozo do Outro; e, por último, a pintura das telas com mensagens de evangelização remetem à construção da metáfora delirante (ele já ocupando o lugar de *“profeta”*, *“crente valioso”*).

Os fenômenos da psicose que nas psiquiatrias reformadas são interpretados como signos psicopatológicos, manifestações da dita “doença mental”, para a Terapia Ocupacional Psicossocial são preciosos na medida em que indicarão o caminho a ser percorrido, do delírio até a construção da metáfora delirante, até a estabilização do imaginário-simbólico, reconstrução subjetiva.

Se o delírio é o que corresponde ao sintoma na psicose, sua função de suplência na estrutura nos indica que a direção da cura com o sujeito psicótico não está na suspensão do sintoma. Pois este traz um apaziguamento patente do gozo ao qual o sujeito está submetido. Contrariamente, em muitos casos, trata-se de dar a oportunidade ao sujeito de reconstruir uma realidade que forçosamente será distinta de uma realidade comandada pelo Nome-do-Pai, daí ser denominada delirante. O psicanalista, ao deixar-se guiar pela estrutura, deve aprender com o delírio que é uma tentativa de cura. O curável na psicose é equivalente a tentar barrar, delimitar, temperar, apaziguar o gozo que invade o sujeito. Não se trata de um analista delirar com um paciente. Trata-se, antes, de usar o recurso da linguagem na direção de cifrar o gozo, significantizar o real (QUINET, 2014, p. 105).

A metáfora delirante é o caminho para a cura, para o ciframento do gozo do Outro, logo, cabe ao terapeuta favorecê-la e não a contrariar. Para tanto é preciso manobrar a transferência. Se de início aceite ocupar o lugar do Outro para J. P., isso foi apenas uma estratégia de trabalho, para amenizar a dor psíquica causada pela invasão do Outro. O lugar do

Outro não é onde o terapeuta deve se manter, seja no tratamento de sujeitos do recalçamento ou da forclusão.

É necessário saber-fazer com o desejo do analista na clínica das psicoses. Como advertiu Quinet (2014, p. 136), “É necessário que o analista aprenda sempre em que lugar o analisante o situa. Por intermédio de seu ato, o analista se contrapõe à manobra do analisante com uma outra manobra, para que este se instaure como sujeito e não como objeto do gozo do Outro”. Se o desejo do analista é de que haja análise, o que se visa em qualquer tratamento são os giros discursivos, até que o sujeito possa ocupar o lugar do trabalho, trabalhando com protagonismo, estando, portanto, implicado no inconsciente do qual ele é sujeito. Introduzir o sujeito é o que melhor pode fazer um terapeuta: “Introduzir o sujeito lá onde está o homem, o cidadão, o mental, o indivíduo, é fazer com que o paciente, ou seja, aquele que sofre os efeitos da estrutura, possa desfiar os fios de sua contenção” (QUINET, 2014, p. 161).

Considerações Finais

Freud não aplicava um método. Se negligenciássemos o caráter único, inaugural, do seu procedimento, cometeríamos uma falta grave (LACAN, 2009, p. 34).

De acordo com Quinet (2014), avançar num tratamento possível para psicose consiste numa questão ética: ir contra as tendências de abolir ou de calar o inconsciente na psicose e sustentar que onde se manifesta o inconsciente, ainda que sob os signos do “transtorno mental”, há sujeito, e que esse sujeito, mesmo sofrendo os efeitos da sua estrutura clínica quando numa crise psicótica, é capaz de produzir sua saúde.

Costa-Rosa (2013) retoma, pela suplementaridade Heidegger-Lacan, o postulado de que saúde-adoecimento são momentos de um processo de produção, sendo que a cura depende fundamentalmente da capacidade de autoprodução humana (autopoiese). Produzir saúde corresponde à possibilidade do homem de curar-se, isto é, “de produzir continuamente o sentido necessário em resposta às solicitações da realidade cotidiana, simultaneamente objetiva e subjetiva” (p. 303).

É conveniente e necessário explicitar o sentido do termo cura – evidentemente, fora do princípio doença-cura, que caracteriza tanto o paradigma psiquiátrico quanto certa psicanálise, ainda absolutamente identificados com as especialidades disciplinares. Tomamos aqui uma sugestão lacaniana de leitura do *Sorge*

heideggeriano, como curar-se, ou seja, poder inalienável do próprio sujeito de dar as constantes e intermináveis respostas às solicitações do real e da realidade; longe, portanto, de qualquer postura cristianizada, em maior ou menor grau, que costuma traduzir o *Sorge* como “cuidar de”; forma avessa à ética da psicanálise (COSTA-ROSA, 2013, p. 242).

No capitalismo as atividades culturais humanas adquiriram a forma social de mercadorias, opondo-se à concepção de riqueza que Marx (1975; 2004) define como capacidade de produzir na ordem simbólica, trabalho no *Modo Art*. Rompendo com o ideário capitalista, as atividades artísticas na TO Psicossocial remetem à autopoiese humana e à produção processual da saúde. O fazer humano como obra de arte se apresenta intimamente associado aos processos de subjetivação, de construção da realidade subjetiva (psíquica).

O valor da arte não é mercantilizado, mas corresponde à riqueza despojada da sua forma burguesa (mercadoria) veiculada nos ideais socioeconômicos-culturais de produção e consumo. Como sugeriu Marx (1975, p. 81): “O que é a riqueza, senão uma situação em que o homem não se reproduz a si mesmo numa forma determinada, limitada, mas sim em sua totalidade, se desvencilhando do passado e se integrando ao movimento absoluto do tornar-se?” (MARX, 1975, p. 81).

Na teoria de Marx (1975; 2004) as atividades artesanais aparecem como constituintes fundamentais do processo de humanização, lembrando que o homem se diferenciou dos animais pela sua capacidade de produzir objetos que não visassem à mera satisfação das suas necessidades imediatas de subsistência. Em outras palavras, o homem se diferenciou dos animais pela sua capacidade de produzir objetos e, principalmente de produzir a si mesmo, (re)inventando os sentidos da sua existência. Costa-Rosa (2013, p. 26-27), sobre as teses apresentadas por Marx (1975) no manuscrito “Formações econômicas pré-capitalistas”, destacou que:

Também encontramos claramente enunciada nesse manuscrito a tese de que o indivíduo produz-se ao produzir e reproduzir as condições materiais de sua existência. [...]. Essa ideia tem sido expressamente retomada pelo campo lacaniano no trabalho com sujeitos da psicose, em que se trata de reconstruir a realidade psíquica desmoronada.

Como propôs Fernandes (2006), olhar a atividade humana, a obra de arte, sob uma perspectiva dos processos de subjetivação “implica em deslocar o olhar do produto imediato para o processo do fazer colocando em evidência uma busca permanente” (p. 88). Uma busca permanente pela mudança, pelo processo de tornar-se um sujeito, do inconsciente e do social.

A essência do fazer(Si) humano é o próprio movimento da busca, já que como *fallasser* o sujeito é destinado à incompletude.

Apesar de que não se possa tudo dizer, a única necessidade do humano é a necessidade de sentido (LACAN, 1992), de se autoproduzir na linguagem, isto é, no laço social. Por isso, a única atividade que interessa ao carecimento do humano é aquela que surge como autopoiese. “A busca, ou seja, a ação humana, não é orientada pelas necessidades naturais instintivas, que apontam objetos próprios da satisfação, mas por impulsos que são constitutivos da ação do sujeito com o mundo” (FERNANDES, 2006, p. 88).

Na nossa compreensão, apoiada em Costa-Rosa (2013), os processos de subjetivação em que estão incluídos os impulsos criativos não necessariamente são impulsionados pelo paradoxo da insatisfação neurótica. As atividades artísticas podem surgir como formas de sublimação, mas podem surgir também como “acidentes de percurso”, quando o sujeito da forclusão está em busca não de um objeto perdido, mas de um significante que lhe seja uma representação simbólica (S_1), pelo qual ele possa se fazer representado para habitar a linguagem.

Pode-se pensar que esse significante é criado “a partir do nada”. A partir do nada implica em considerar que tal significante surge como o significante “um” de uma cadeia significante. Assim, trata-se de um significante fundante (funda a cadeia) e que se constrói em função de uma experiência fundante (funda o significado). [...]. Talvez, a experiência onde essa natureza fundante do significante se faça presente com maior plenitude seja a da criação artística. Nela, os significantes que existem parecem não dar conta, há que se inventar linguagem, formas, imagens novas. Há que se inventar (FERNANDES, 2006, p. 134).

Seja como sublimação para contornar o vazio deixado pela separação do eu e do Outro (reencontrar o gozo do Outro), ou como sinthoma na psicose para cavar um vazio entre o eu e o Outro (inscrever o gozo do Outro), as atividades estéticas são de absoluta relevância para tratar o gozo – o real. No processo de criação se dá a ver o detalhe, a pura diferença do sujeito que se torna artista, autor de si mesmo, que constrói uma forma possível, autoral, de ser sujeito do inconsciente, s(e)u-jeito de gozar.

Qualquer sujeito, desde que tratado como tal, pode ser autor da sua saúde, pode reencontrar ou inventar os sentidos necessários à sua realidade psíquica, por isso, somos radicalmente contra qualquer tratamento que associe a forclusão e mesmo a psicose deflagrada com incapacidade, nos opondo às terapêuticas disciplinares que tentam normatizar os seres humanos e as formas de gozo, ainda mais na psicose, em que a necessidade é

justamente de um trajeto para o gozo sem ter o falo como baliza, portanto, fora do instituído social dominante. O processo autoral da metáfora delirante quando a psicose é deflagrada não é apenas contingente, mas necessário para os sujeitos da foraclusão, porque o irreduzível na foraclusão é a elisão do significante fálico.

Nossa hipótese quanto à dificuldade dos trabalhadores não médicos de executarem um trabalho que não esteja pautado pelos moldes da psiquiatria organicista e biologizante é de que lhes faltam conhecimentos consistentes acerca da especificidade da vida psíquica, das suas modalidades e dos seus impasses. [...]. Portanto, não se trata de tomarmos as manifestações fenomênicas da psicose como uma possível doença ou um estado de espírito alterado que qualquer pessoa pode apresentar. A loucura diz respeito a uma estrutura psíquica específica, com seu rigor e sua lógica próprios, constituindo um modo particular do sujeito estar no mundo (MEXKO, 2020, p. 89).

Tenório (2001) assinalou que as terapêuticas psicossociais para tratar a psicose desenvolvidas a partir da RPb devem se atentar para dois riscos: “de impor ao psicótico ideais de funcionamento que são nossos e aos quais ele muitas vezes não pode corresponder, e o de acreditar que o bem-estar psicossocial torna menos relevante o trabalho subjetivo da palavra” (p. 87). Apesar das importantes conquistas da RPb, comumente, o que se busca nos tratamentos psicossociais ainda é a subjetividade neurótica, adaptada: o objetivo é inserir o sujeito na norma, adaptá-lo ao instituído social dominante, denegando o irreduzível da foraclusão que é justamente a condição de estar fora do laço social fálico.

Numa análise crítica, vê-se que muitas das vertentes da RP, pautadas na multidisciplinaridade, caíram no engodo imaginário de que pela simples oferta de vários tipos de atendimentos “biopsicossociais” seria possível atender às necessidades do ser humano e, com um arsenal de terapêuticas, homogeneizar o heterogêneo, a fim de garantir saúde e cidadania a todos, igualmente. Todavia, o que se põe como demanda de Atenção no sofrimento psíquico consiste em uma questão da mais absoluta complexidade e está para-além do sujeito de direitos; são impasses nos quais as dimensões da subjetividade e do social estão permanentemente entrecruzadas num corpo subjetivado, que comporta uma dor sempre singular, e que, por isso mesmo, escapa à ordem médica (CLAVREUL, 1983) e ao saber constituído (SHIMOGUIRI, 2016, p. 92).

O descomprometimento com a clínica *stricto sensu* tem levado os terapeutas ocupacionais dos CAPS a oferecer aos sujeitos da foraclusão terapêuticas infantilizadoras, desenhos para colorir (desses que se compra nas bancas de jornais) ou alguns outros artesanatos que não podem ser considerados como dispositivos de subjetivação, visto que são formas de reprodução e não produzem nada de diferente, nada de singular. O terapeuta deve

saber-fazer o trabalho de secretário do psicótico, deve, no mínimo compreender qual é a demanda do tratamento e qual subjetividade está em questão.

Se o seu jeito não é o homem, ele tampouco é a mente suscetível de estar doente ou saudável. Ele não é o objeto da saúde mental nem da doença mental. O sujeito é patológico por definição, sujeito ao *phatos*, afetado pela estrutura que obedece a uma lógica: os significantes que o determinam e o gozo do sexo que o divide. Eis o que nos ensina a psicopatologia da vida cotidiana. A divisão entre o normal e o patológico, a saúde e a doença, que se distribui preconceituosamente na distinção entre clínico e paciente, deve, pois, ser interrogada para não se cair na ilusão de adaptar o louco à norma social nem na pretensão de adaptar a sociedade ao louco (QUINET, 2014, p. 161).

Secretariar o sujeito para que ele se estabilize no laço social é diferente de forçá-lo à socialização: “Devemos reconhecer, contudo, os limites de uma estratégia baseada apenas na reabilitação psicossocial que impõe aos usuários, por ela assistidos, a lógica da cidadania baseada na busca de direitos iguais e da participação produtiva na sociedade capitalista” (RINALDI; CABRAL; CATRO, 2008, p. 120). O objetivo da TO Psicossocial precavida pela psicanálise não é injetar no sujeito os ideais (fálicos) de funcionalidade.

É preciso debater a inclusão social como meta da RPB e da TO, sobremaneira discutir como se dá esta inclusão, se ela é feita ao preço do apagamento da foraclusão como índice subjetivo, que é o apagamento do próprio sujeito, visto que a subjetividade se manifesta na pura diferença (constitutiva). Como bem-disse Quinet (2017), a clínica da psicose nos ensina que o laço social se refaz a partir da estabilização da psicose e não o contrário.

Não é simplesmente fazendo com que os psicóticos saiam dos outros hospícios e convivam com os próximos que eles necessariamente farão laço social. Isso é fundamental, mas não basta. É preciso acompanhar o sujeito no tratamento que ele dá aos fenômenos que o acometem e propor-lhe um lugar de endereçamento. É necessário lembrar que a clínica do sujeito está em suas tentativas de encontrar a equação em que se resolvem sua dispersão e seu desespero para fazer laço social e participar dos discursos. [...]. É sem dúvida importante o tratamento do Outro no que concerne ao aumento da tolerância ao fora-do-discurso. Mas isso é insuficiente para que o sujeito psicótico se exerça em suas tentativas de fazer o laço social, ou seja, em suas tentativas de cura (p. 152-153).

Convém sempre lembrar que “as atividades tinham lugar nas práticas que constituem a instituição psiquiátrica desde seu nascimento, sendo um importante elemento da lógica asilar” (LIMA, 2004, p. 2). Ademais, Rinaldi, Cabral e Castro (2008) concluíram que as oficinas ditas terapêuticas quando se referenciam apenas pela RPB e pela Reabilitação Psicossocial visam reabilitar o psíquico para a cidadania, “a partir de tarefas, a partir do entretenimento,

mantendo seus usuários dentro da instituição, alienando-os de sua condição peculiar de sujeitos” (p. 121). Os autores anotaram que:

Em nossa pesquisa, deparamo-nos com tais situações, onde o sentido do “fazer” dessas atividades, por vezes, desconsiderava o valor que esses usuários atribuíam ao espaço do CAPS, seu envolvimento nas atividades e sua forma particular de estar na instituição. Não podemos esquecer a especificidade do funcionamento da psicose, que apresenta uma lógica própria, onde se revela certa dificuldade em estabelecer laço social. Um dos trabalhos importantes a ser sustentado no CAPS consiste em buscar reconhecer sua alteridade e diferença frente às exigências do social. A reabilitação psicossocial, contudo, trabalha ao modo de uma psicoterapia, a partir da sugestão, visando à reinserção do psicótico no laço social (p. 121).

As atividades “podem ser utilizadas para a manutenção de instituições totais [...] Mas podem, também, paradoxalmente, ser importantes aliados das propostas de transformação institucional, ferramentas estratégicas no caminho da desinstitucionalização” (LIMA, 2004, p. 2). Para que a prática da TO na Atenção Psicossocial esteja fora das terapêuticas do alienismo é imprescindível apreender o uso das atividades com o devido rigor teórico, técnico e ético, o que exige um trabalho de elaboração teórica-conceitual, que foi o que buscamos apresentar neste ensaio, lembrando que “a impotência em sustentar autenticamente uma *práxis* reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício de um poder” (LACAN, 1998, p. 592).

A história da TO na América Latina é análoga à criação de uma carreira técnica auxiliar à medicina, tanto na área da Reabilitação Física como na Reabilitação Mental (MONZELI; MORRISON; LOPES, 2019). “A Terapia Ocupacional como profissão do campo da saúde é fruto do processo de divisão do trabalho de fragmentação do saber e de especialização crescente de disciplinas voltadas para resolução de problemas específicos” (LIMA, 2006, p. 118). Desde os anos de 1970 tem se discutido se a TO é uma espécie de psicoterapia ou uma técnica médica/ortopédica (BENETTON, 2006).

Pelo fato de utilizarmos as atividades do universo cultural como nossos meios de trabalho, como procedimentos terapêuticos ocupacionais, é notável a crítica ao caráter técnico da profissão “como sendo um desprestígio no mundo científico, isto é, que o técnico não é ciência” (BENETTON, 2006, p. 21). Diante desta sombra que tem acompanhado a profissão desde seu nascimento, cabe a nós descobrir o saber-fazer capaz de sustentar uma *práxis*.

A divisão que recai sobre o saber e o fazer é característica da Ciência Moderna. Para Costa-Rosa (2013) a divisão do trabalho no capitalismo não é apenas uma divisão social com fins organizacionais, mas é uma divisão que segue razões socioeconômicas-culturais “No capitalismo a divisão social do trabalho é forçada caótica e anarquicamente pelo mercado” (p.

100). A verdadeira divisão do trabalho nas sociedades capitalistas, de acordo com a leitura deste autor, ocorre entre saber e fazer. Neste esteio Baremlitt (2002) destacou a divisão do trabalho como uma instituição que merece ser mais discutida.

O trabalho humano está dividido segundo os momentos e as especificidades de cada tipo de produção e tarefa (divisão técnica). Mas, por outro lado, essa divisão vem acompanhada de uma hierarquia que institui diferenças de poder, prestígio e lucro – não necessariamente justificadas pela importância produtiva daqueles que detêm esses lugares (divisão social). Por exemplo: trabalho manual e intelectual, do campo e da cidade, assalariados e autônomos, feminino e masculino etc. (p. 29).

É a cisão entre a teoria e a prática, que divide não só o trabalho entre intelectual ou técnico, mas, também gera rupturas nas subjetividades, dividindo o próprio homem enquanto trabalhador. A Terapia Ocupacional Psicossocial, na medida em que traz uma teoria (fundamentalmente a Psicanálise de Freud e Lacan e o Materialismo Histórico) implicada numa técnica (utilização das atividades artísticas), visa superar essa injunção do capitalismo. A proposta é que haja uma unidade dialética entre ação e reflexão, pois, nosso objetivo é que a ciência (produção do conhecimento científico) se realize enquanto *práxis*.

Os desdobramentos da TO Psicossocial verificados ao longo dos últimos 11 anos (2010-2020) se somam às proposições de Quinet (2014), apontando para o fato de que é possível pensar a psicanálise para-além da neurose, igualmente, é possível pensar a TO para-além das psiquiatrias reformadas, desde que haja uma teoria, uma técnica e uma ética que subsidiem o manejo da relação terapêutica em cada caso.

Conforme concluíram Rinaldi, Cabral e Castro (2008) o trabalho dos terapeutas no CAPS é demasiadamente complexo no que concerne à construção de novas práticas que promovam a complementaridade e a interdisciplinaridade entre os saberes que transversalizam o campo da Saúde. Ampliar a clínica não significa prescindir da TO como especialidade, ainda mais quando a utilização de atividades para reabilitação mental é ato privativo do terapeuta ocupacional (BRASIL, 1969).

Não se trata de dispensar a expertise da terapia ocupacional, nem de utilizá-la como uma técnica desprovida de teoria. Os psicanalistas quando pesquisam as atividades artísticas na Atenção Psicossocial comumente se referem à TO como uma profissão menor, por exemplo, no trecho a seguir Monteiro e Queiroz (2006) defendem que as oficinas terapêuticas deveriam contar com psicanalistas.

Em nossa pesquisa de campo, observamos que as atividades desenvolvidas nas oficinas de arte das instituições de saúde mental podem funcionar como catalisadores do ato criacionista. Nas instituições pesquisadas, essa atividade é responsabilidade do terapeuta ocupacional; pensamos, porém, que a psicanálise muito pode contribuir com esse trabalho, na medida em que tenta estabelecer uma articulação do trabalho criativo com a emergência de produção subjetiva. Nesta perspectiva, defendemos que as oficinas não devem funcionar apenas com a intervenção de um terapeuta ocupacional; devem contar também com a de um psicanalista, que ficará atento à expressão subjetiva de cada paciente, que se dá a partir do seu fazer singular (p. 117).

O que foi apresentado neste ensaio antes de ser um procedimento psicanalítico é um procedimento **terapêutico ocupacional**, pois corresponde ao trabalho vivo (MARX, 1978) sustentado em ato por uma terapeuta ocupacional, não uma teórica da Psicanálise ou da Arte. A Terapia Ocupacional Psicossocial nasceu do meu retorno à Reforma Sanitária e à Reforma Psiquiátrica, neste caminho de me encontrar com os impossíveis da Saúde Coletiva e com os meus próprios impossíveis de terapeuta, se processou para mim a (re)invenção da TO.

A TO Psicossocial, embora considere o diagnóstico estrutural feito a partir da psicanálise uma parte essencial do tratamento para o manejo da transferência, não se restringe às interpretações psicanalíticas sobre as obras de arte, pois, privilegia o processo criativo em si, seja na clínica das neuroses ou das psicoses. Como questionou Fernandes (2006, p. 7), “Não seria o processo de criação o próprio sujeito em ação?”. Esta autora propôs que pensemos a “atividade artística, como efeito de uma complexa trama psíquica, ou seja, como um processo em que se cruzam as disposições pulsionais e as implicações culturais. [...]. A criação artística é efeito de um processo – processo como implicações subjetivas” (p. 6).

Para não ceder do desejo de fazer existir a atenção psicossocial é preciso que cada terapeuta trabalhe com criatividade e arte, se valendo das ferramentas que adquiriu na sua especialidade profissional, porém, indo além delas. Ir além da formação universitária em TO não é deixar de ser terapeuta ocupacional. A Saúde Coletiva supõe a transdisciplinaridade como condição *sine qua non*, porque as problemáticas da Atenção Psicossocial estão para além do que pode sozinha saber-fazer a terapia ocupacional ou qualquer outra disciplina. Para não recuar diante da complexidade do trabalho no CAPS é necessário reinventar continuamente todas as terapêuticas que se pretendem psicossociais. Reinventar não é prescindir. O próprio Lacan empregou inúmeros esforços para ir além de Freud, contudo, sem abandoná-lo.

A particularidade da forclusão levada ao seu extremo, me convocou a elaborar um novo procedimento terapêutico ocupacional nas interfaces da Arte com a Psicanálise e com o

Materialismo Histórico²⁶. Este Ensaio apresenta a TO Psicossocial não como uma metodologia, mas como um tratamento possível da psicose. Trata-se de um projeto poético, de extrema importância, para J. P. e para mim: enquanto nas oficinas terapêuticas ele ia se fazendo protagonista do seu inconsciente eu ia me fazendo protagonista do meu ofício.

Referências Bibliográficas

ALENCAR, P. S. S. Aos Loucos, o Hospício. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Memória da loucura**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 19-22

AMARANTE, P. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-65

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P. O paradigma psiquiátrico. In: AMARANTE, P. (Org.) **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 39-63

AMARANTE, P. Prefácio. In: AMARANTE, P. NOCAM, F. (Orgs.). **Saúde Mental e Arte**: praticas, saberes e debates. São Paulo: Zagodoni, 2012. p. 9-14

AMARANTE, P. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 23, v. 6, p. 2067-2074, 2018. Acesso em: 08 jul. 2020.

AMARANTE, P.; FREITAS, F.; NABUCO, E. S.; PANDE, M. R. Da arteterapia nos serviços aos projetos culturais na cidade: a expansão dos projetos artísticos-culturais da saúde mental no território. In: AMARANTE, P. NOCAM, F. (Orgs.). **Saúde Mental e Arte**: práticas, saberes e debates. São Paulo: Zagodoni, 2012. p. 23-38

ARENDT, H. Karl Marx and the tradition of western political thought. **Social Research: An International Quarterly**. England, v. 29, n. 2, p. 273-319, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2020.

BACHUR, J. P. Individualismo, liberalismo e filosofia da história. **Lua Nova**, São Paulo, n. 66, p. 167-203, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250984258_Individualismo_liberalismo_e_filosofia

²⁶ As contribuições do materialismo histórico para a TO Psicossocial foram trabalhadas no mestrado (SHIMOGUIRI, 2016) e também publicadas no artigo “Contribuições do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma análise dialética do fazer e da genericidade humana” (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017a).

_da_historia. Acesso em 20 mai. 2020.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teorias e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2002.

BENELLI, S. J.; PÉRICO, W.; COSTA-ROSA, A. Por um psicólogo não normalizador no contexto das instituições públicas. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 16, n. 1, p. 1-17, 2017. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/841>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BENETTON, J. **Trilhas associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da Terapia ocupacional**. Campinas: Arte Brasil Editora, 2006.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 out., 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 21 set. 2019.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969**. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar, 1969. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3317>.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginalia**, São Paulo, v. 65, p. 1785-1786, abr. 2001. Acesso em: 21 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm. Acesso em: 29 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual do Programa de Volta para Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Memória da loucura**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 08

nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**: PNH. Brasília: Ed. Premium, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 14 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 15 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Residências Terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CASTRO, E. D.; INFORSATO, E. A.; BUELAU, R. M.; VALENT, I. U.; LIMA, E. M. F. A. Território e diversidade: trajetórias da terapia ocupacional em experiências de arte e cultura. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 1, p. 3-12, 2016. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/0104-4931.ctoAO0663>. Acesso em: 14 jul. 2020.

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A. Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 11, n. 22, p. 365-376, 2007. Disponível em: scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832007000200017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 jul. 2020.

COFFITO. **Resolução nº 408 de 18 de agosto de 2011**: disciplina a especialidade profissional Terapia Ocupacional em Saúde Mental e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3171>. Acesso em: 11 jul. 2020.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Resolução nº 08, de 14 de agosto de 2019**: dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acao-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/Resoluon8sademental.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2020.

COSTA, M. F. **A clínica da urgência na unidade de pronto atendimento**: da privatização da Saúde a uma aposta no sujeito do inconsciente. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/148827>. Acesso em: 24 set. 2018.

COSTA, M. F. **A clínica da urgência na unidade hospitalar**: a escuta analítica e a sua postura diante de um estabelecimento hospitalar. Projeto de Pesquisa (Doutorado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2017. Mimeografado.

COSTA, M. F. **Urgência e sujeito em uma unidade hospitalar**: ensaios sobre a práxis da psicanálise na instituição de saúde. Londrina: Eduel, 2019.

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

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, n. 6, v. 1, p. 60-79, 2007. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

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

FERNANDES, S. R. A transferência e a construção de um fazer criativo. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 17, n. 3, p. 123-128. São Paulo, 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13994>. Acesso em: 29 abr. 2019.

FERNANDES, S. R. **A criação do sujeito**: comunicação, artista e obra em processo. Tese (Doutorado em Comunicação e Semiótica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/4863/1/COS%20-%20Sylvia%20Ribeiro%20Fernandes.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

FODRA, R. E. P.; COSTA-ROSA, A. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad): análise dos discursos e da prática no contexto da Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial. **Revista Saúde em Debate**, v. 33, p. 129-139. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341772014.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

FREUD, S. Além do princípio de prazer (1920). In: FREUD, S. **Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução de Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 18, p. 17-72

FREUD, S. Luto e Melancolia. In: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo**: ensaios de metapsicologia e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. O declínio do complexo de Édipo (1924). In: FREUD, S. **Fundamentos da clínica psicanalítica, Obras Incompletas de Sigmund Freud**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 247-257

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica (1895). In: FREUD, S. **Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução de Jaime Salomão e Orizon Carneiro Muniz. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 1, p. 335-397

GALVANESE, A. T. C. D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; LIMA, E. M. F. A.; PEREIRA, L. M. F.; NASCIMENTO, A. P.; NASCIMENTO, A. F. Arte, saúde mental e atenção pública: traços de uma cultura de cuidado na história da cidade de São Paulo. **História, Ciências, Saúde**,

Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-452, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n2/0104-5970-hcsm-23-2-0431.pdf>. Acesso em 10 nov. 2020.

GUERRA, A. M. C. **A estabilização psicótica na perspectiva borromeana**: criação e suplência. Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp083950.pdf>. Acesso em 10 nov. 2019

LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, J. **O Seminário**. Livro 1: os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

LACAN, J. **O Seminário**. Livro 3: as psicoses. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

LACAN, J. **O Seminário**. Livro 17: O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LACAN, J. **O Seminário**. Livro 21: Os não-tolos erram – os nomes do pai. DENEZ, F.; VOLACO, G. C. (Orgs). Porto Alegre: Editora Fi, 2018. 275p. Disponível em: https://docs.wixstatic.com/ugd/48d206_5b94d85169b6421b885f4668bfd9c423.pdf. Acesso em 12 nov. 2020.

LACAN, J. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

LIMA, E. M. F. A. Artes menores criação de si e de mundos nas ações em Saúde Mental. In: AMARANTE, P.; NOCAM, F. (Orgs.). **Saúde Mental e Arte**: praticas, saberes e debates. São Paulo: Zagodoni, 2012. p. 39-52

LIMA, E. M. F. A. Oficinas, Laboratórios, Ateliês, Grupos de Atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. **Oficinas terapêuticas em saúde mental** – sujeito, produção e cidadania. Coleções IPUB. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria, 2004. p. 59-81

LIMA, E. M. F. A. A saúde mental nos caminhos da terapia ocupacional. **Mundo da Saúde**, v. 30, n. 1, p. 117-122, 2006. Disponível em: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/34/saude_mental.pdf. Acesso em 12 nov. 2016.

DIONÍSIO, G. H.; YASSUI, S. Oficinas expressivas estética e invenção. In: AMARANTE, P.; NOCAM, F. (Orgs.). **Saúde Mental e Arte**: praticas, saberes e debates. São Paulo: Zagodoni, 2012. p. 53-65

LOPES, R. E.; LEÃO, A. Terapeutas ocupacionais e os Centros de Convivência e cooperativas: novas ações de saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 2, p. 56-63, maio/ago. 2002. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13897/15715>. Acesso em 13 jun. 2020.

MACHADO, R. Política e Hospital Psiquiátrico. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Memória da loucura**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 17-18

MALFITANO, A. P. S.; FERREIRA, A. P. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 102-109, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14127>. Acesso em: 29 out. 2020.

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

MARX, K. **Manuscritos Econômicos Filosóficos** (1844). São Paulo: Boitempo, 2004.

MARX, K. Para a crítica da economia política. In: MARX, K. **Os pensadores**. Tradução de José Carlos Bruni (et al). 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. p. 103-132

MENDES, E.V. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MESSIAS, E. No Paiz dos Yankees: Adolf Meyer e o departamento de psiquiatria da Johns Hopkins. **Psychiatry Online Brasil**, v. 22, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano17/art0117.php>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MEXKO, S. **Um psicólogo psicossocial no CAPS: Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico**. Tese (Doutorado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2020. Mimeografado.

MONDONI, D.; COSTA-ROSA, A. Reforma Psiquiátrica e Transição Paradigmática no Interior do Estado de São Paulo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** (UnB. Impresso), v. 26, p. 39-47, 2010.

MONTEIRO, C. P.; QUEIROZ, E. F. A clínica psicanalítica das psicoses em instituições de saúde mental. **Psic. Clin.**, rio de janeiro, v. 18, n. 1, p. 109-121, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pc/v18n1/v18n1a09>. Acesso em: 22 jun. 2020.

MONZELI, G. A.; MORRISON, R.; LOPES, R. E. Histórias da terapia ocupacional na América Latina: a primeira década de criação dos programas de formação profissional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 27, n. 2, p. 235-250, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadbto/v27n2/2526-8910-cadbto-2526-8910ctoAO1631.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

NASIO, J.-D. **Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

OLIVEIRA, E. As Classes Sociais da Corte e o Hospício de Pedro II. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Memória da loucura**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

PEREIRA, O. P; PALMA, A. C. R. Sentidos das oficinas terapêuticas ocupacionais do CAPS no cotidiano dos usuários: uma descrição fenomenológica. **Rev. abordagem gestalt.**, v. 24, n. 1, p. 15-23, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672018000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2020.

PÉRICO, W. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: A clínica do sujeito na Saúde Coletiva**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/134191>. Acesso em: 24 set. 2018.

PÉRICO, W. Psicanálise, transdisciplinaridade e Atenção Psicossocial: a necessária formação de trabalhadores de Saúde Mental de um novo tipo. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18 (n. esp.), p. 121-140. 2019. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1545/1355>. Acesso em: 22 de jan. 2020.

PICCININI, W. J. História da Psiquiatria: Psicofarmacoterapia no Brasil a partir dos anos 60. **Psychiatry online Brasil**, v. 21, n. 11, 2016. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano16/wal1116.php>. Acesso em 30 jun. 2020.

PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Tradução de Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2007.

QUINET, A. **Os outros em Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

QUINET, A. Perante o sintoma todo relógio é mole. In: **Anais do V Encontro de Internacional da Internacional dos Fóruns-Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano – Os tempos do Sujeito do Inconsciente: a psicanálise no seu tempo e os tempos na psicanálise**. São Paulo, 2008. p. 15-16. Disponível em: <http://www.campopsicanalitico.com.br/biblioteca/anais.pdf> > Acesso em: 30 dez. 2018.

QUINET, A. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

RINALDI, D. L.; CABRAL, L. H.; CASTRO, G. S. Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 118-125, 2008. Disponível em: e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/10854/8481. Acesso em: 11 nov. 2020.

RODRIGUES, H. F. Apresentação. In: RODRIGUES, H. F. (Org.), **Literatura e psicanálise**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Literatura Comparada, 2018. p. 5-7. Disponível em: <https://abralic.org.br/downloads/e-books/e-book18.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2020.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 17-59

ROTZOLL, M.; HOHENDORF, G. Krankenmord im Dienst des Fortschritts? **Nervenarzt**, n. 83, p. 311-320, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00115-011-3392-6>. Acesso em: 18 nov. 2020.

SILVA, C. R.; SANTOS, C. N.; NOGUEIRA, J. N.; MALFITANO, A. P. S. Mapeamento da atuação do terapeuta ocupacional nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) do interior do estado de São Paulo, **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 321-334, 2015. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/941/613>. Acesso em: 25 out. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma clínica do desejo e do carecimento na saúde coletiva**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2016. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/134320/shimogui_ri_afdt_me_assis.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 09 de jan. 2017.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; COSTA, M. F.; BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. Discutindo a clínica e o tratamento da toxicomania: dos discursos a constituição subjetiva. **Psico. USP**, v. 30, e180014, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642019000100207&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jul. 2019.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; COSTA-ROSA, A. A prática de atenção à saúde nos estabelecimentos psicossociais: efeitos do modo capitalista de produção **Psico. USP**, v. 28, n. 3, p. 389-395, 2017c. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/141722/136754>. Acesso em: 12 jul. 2019.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T., COSTA-ROSA, A. Contribuições do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma análise dialética do fazer e da generacidade humana. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, v.1, n. 5, p. 704-720, Rio de Janeiro, 2017a. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/9655/pdf>. Acesso em 06 jan. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T., COSTA-ROSA, A. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, v. 21, n. 63, p. 845-856, São Paulo, 2017b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220160202.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; PÉRICO, W. O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 13, n. 1, p. 33-51, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442014000100004. Acesso em: 12 de jan. 2016.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. Um tratamento possível da toxicomania no Centro de Atenção Psicossocial: a oficina terapêutica sob viés da psicanálise. **Anais do 1º Simpósio de Psicanálise e Prática Multidisciplinar na Saúde**, n. 1, p. 148-154, 20 nov. 2019. Disponível em: <http://anais.uel.br/portal/index.php/sppms/article/view/618>. Acesso em: 02 jan 2020.

SOUZA, W. A. **A Assistência Social e o trabalho com as pessoas em situação de rua no**

CREAS: Um campo de intercessão. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/131844>. Acesso em: 12 de jan. 2016.

SOLER, C. **O inconsciente a céu aberto da psicose**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

SOLER, C. **O que Lacan dizia das mulheres**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

SOUZA, J. **A radiografia do Golpe**: Entenda como e por que você foi enganado. Rio de Janeiro: Leya, 2016.

TENÓRIO, F. Tratando a psicose no CAPS. In: TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 119-154

VENANCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde**, v. 18, supl.1, p. 35-52, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/03.pdf>. Acesso em: 12 de jan. 2016.

YASUI, S. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 1999.

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