

Intercessões e análises sobre o Processo de Produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num Território municipal: produção de novas tecnologias para a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (2008)¹

Abílio da Costa-Rosa²

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Resumo: Apresentamos um projeto de pesquisa que visa à produção de novas tecnologias para a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde, por meio de Intercessões e análises sobre o Processo de Produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num Território municipal. Contextualizados no cenário social e institucional dos campos da Saúde e da Saúde Mental, partindo dos fundamentos teórico-metodológicos e éticos e das definições necessárias, discutimos os processos de produção saúde-adoecimento-Atenção (s-a-A) e Atenção-formação-produção de conhecimento (A-f-pc). Considerando esses dois processos inter-relacionados e problematizando dialeticamente seus diferentes vértices, definimos nossos objetivos gerais e específicos, bem como elencamos os subprojetos integrados nesse projeto matricial. Vinculado, respectivamente, a esses dois processos, consideramos o campo epistemológico e ético que definimos como Intercessão-Pesquisa para, com isso, definirmos os conceitos de Dispositivo Intercessor e de Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento, bem como indicamos algumas possibilidades de análises.

¹ Publicação póstuma do texto escrito pelo Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa em 2008 como projeto de pesquisa trienal – uma das obrigações dos docentes da UNESP –, com atualização das referências. Procuramos manter a versão original com um conjunto de detalhes que permitem perceber os diversos desdobramentos da proposta. Editores do texto “manuscrito” e confecção do resumo: Dr. Silvio José Benelli, Psicólogo e Mestre em Psicologia pela UNESP-Assis, Doutor em Psicologia Social pelo IP/USP, São Paulo; Maico Fernando Costa, Psicólogo, Mestre e Doutorando em Psicologia pela UNESP-Assis; e Waldir Périco, Psicólogo e Mestre em Psicologia pela UNESP-Assis, Doutorando em Psicanálise pela UERJ. Integrantes do “Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e ‘Subjetividade da saúde’” (LATIPPSS).

² Psicanalista e Analista Institucional, Professor Livre-Docente do Departamento de Psicologia Clínica da UNESP-Assis, SP. Foi um importante trabalhador, teórico e militante do campo da Saúde Mental Coletiva. Nos últimos vinte anos de vida, dedicou-se, apaixonadamente, à formação de trabalhadores para esse campo, atuando como professor nos cursos de Graduação e Pós-graduação em Psicologia na Universidade Estadual Paulista (UNESP) – campus de Assis. Fundador do “Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e ‘Subjetividade da saúde’” (LATIPPSS) – associado ao Grupo de Pesquisa “Saúde Mental e Saúde Coletiva” inscrito no diretório de grupos do CNPq.

Intercessões e análises sobre o Processo de Produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num Território municipal: produção de novas tecnologias para a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde

Palavras chave: Dispositivo Intercessor, Produção Social de Saúde; Atenção em Saúde, Atenção Psicossocial, Sistema Único de Saúde.

Intercession and analysis about the process of production health-illness-care in the Psychic field, in a municipal Territory: production of new technologies for the implementation of Psychosocial Care in the Unified Health System (2008)

Abstract: *We present a research Project that aims the production of new technologies for the implementation of Psychosocial Care in the Unified Health System, through intercession and process of production health-illness-care's analysis in the psychic field, in a municipal Territory. Contextualized in the social and institutional context of the fields of Health and of Mental Health, based on the theoretical-methodological and ethical foundations and on the necessary definitions, we discuss the processes of production health-illness-care (H-I-C) and Care-Training-Knowledge production (C-T-KP). Considering these two processes interrelated and dialectically problematizing their different vertices, we define our general and specific objectives, so we set up the subprojects integrated in this matrix project. Linked, respectively, to these two processes, we consider the epistemological and ethical field that we define as Intercession-Research to define the concepts of Intercessor Device and Intercessor Device as a means of producing Knowledge, so we indicate some possibilities of analysis.*

Keywords: *Intercessor Device, Social Production of Health; Health Care, Psychosocial Care, Unified Health System.*

Introdução

Dois importantes blocos de transformações políticas, econômicas, sociais, culturais e científicas devem ser situados na base das novas exigências que tradicionalmente se remetem às instituições de Saúde Mental como demandas para fazer frente a impasses psíquicos e subjetivos neste momento histórico, na sociedade brasileira. Esses blocos de transformações têm colocado desafios inéditos aos trabalhadores do campo “psi”, há bom tempo organizados interprofissionalmente (segundo concepções diversas da divisão do trabalho no setor), mas não transdisciplinarmente, a não ser em casos isolados.

De um lado as recentes transformações da sociedade brasileira, advindas da globalização das Economias, do desenvolvimento acelerado dos sistemas de informação, dos avanços da ciência com seus reflexos na indústria químico-farmacêutica. E, sobretudo, da inflexão neoliberal do Modo Capitalista de Produção (MCP), que tem produzido uma espécie de rebatimento dos Ideais sociais na saga do consumo; depois, é claro, de ter expulsado, e continuar expulsando, contingentes imensos e sempre crescentes da esfera da produção. Em suma, tais transformações atingem os horizontes sociossimbólicos da Formação Social, que estão cada vez mais “carregados” pela inércia gravitacional dos objetos de consumo (Melman, 2003, 2004).

De outro lado as recentes transformações do campo da Saúde – decorrentes da ocupação da brecha aberta no flanco do Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH) pelos interesses socialmente subordinados, por ocasião da luta pela redemocratização do país – traduzidas na luta pela Reforma Sanitária e sua efetiva implantação. Os reflexos da guerra têm simultânea repercussão no campo da Saúde Mental, desdobrando-se aí, posteriormente na especificidade da luta por transformações designadas como Reforma Psiquiátrica. Já está plenamente estabelecida a tese de que as instituições de Saúde são palcos de luta social, ainda mais em conjunturas de fechamento da participação popular democrática (Luz, 1979); e que os impasses psíquicos fazem objeção ao modo de funcionamento do MCP (Brousse, 2003). Essas teses fornecem sustentação às observações empíricas que dão conta da vocação ao protagonismo, dos efeitos da Demanda Social do campo da Saúde e da Subjetividade, quanto a sua capacidade de expressar os conflitos e contradições sociais e seus efeitos. Esse protagonismo permite que aí se dê plausibilidade e conseqüência, em termos de ação, às contradições sociais que em outros contextos ainda permanecem frias. Dito de outro modo, no campo da Saúde têm-se colocado possibilidades de avanço no estado das contradições essenciais da sociedade, de tal maneira que aí se tem podido ir além de sua simples reprodução. Por exemplo, questiona-se e se transforma a contradição saúde-adoecimento refletida na Atenção como centro, questiona-se a divisão do trabalho na Saúde, questiona-se a ética da adaptação do indivíduo à realidade no caso do sofrimento psíquico, entre outros aspectos. Na vanguarda das análises desses processos de transformação já contamos com sua elaboração em termos paradigmáticos: Paradigma da Produção Social da Saúde (PPSS) e Paradigma Psicossocial (PPS) antagônicos, respectivamente, ao Paradigma Flexineriano e Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) (Mendes, 1999; Costa-Rosa, 2000, 2013).

Devemos ainda agregar à base conceitual e ética deste projeto a outra vertente de desenvolvimentos da ciência cada vez mais sensível, e portanto cada vez mais crítica, aos

Intercorrões e análises sobre o Processo de Produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num Território municipal: produção de novas tecnologias para a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde

efeitos da fragmentação taylorista no campo dos saberes e das tecnologias daí decorrentes – o pensamento da Complexidade (Morin, 2006; Santos, 1996, 2000; Gonzalez-Rey, 2005). Há também que considerar a crítica e as ações de superação das pedagogias verticais (bancárias), já exaustivamente analisadas (Freire, 1996). Cada vez mais se consolida um pensamento da Complexidade, cujo reflexo no campo específico da Saúde tem contribuído para a crítica à fragmentação das práticas divididas em especialismos; para a crítica à própria divisão do trabalho entre fazer e pensar, entre planejar e executar; para a inclusão de trabalhadores e população nos processos de análise de problemas e de elaboração e execução de soluções. No campo da Saúde, e especificamente da Saúde Mental, utilizam-se os termos “transição paradigmática” e, às vezes, mesmo “revolução paradigmática” para assinalar a direção dessas transformações (Mondoni & Costa-Rosa, 2010).

Ainda antes de entrarmos na especificação do projeto de trabalho em questão, é crucial acrescentar, para o enfoque que nos parece necessário, a consideração dos efeitos do encontro das práticas em Saúde Mental, no início apenas psiquiátricas, com as contribuições da psicanálise e do Materialismo Histórico (Costa-Rosa, 1987; 1999; 2013). Esses efeitos têm se traduzido numa prática nomeada às vezes multiprofissional, outras interdisciplinar, e outras, ainda, transdisciplinar. O importante é percebermos que, em qualquer das definições já está mais ou menos demonstrado que é preciso associar sua composição à designação da ética que essas práticas visam. Pois aí está em questão justamente a modalidade e a finalidade de um dos componentes essenciais dos meios de produção no contexto da Saúde Mental, isto é, o trabalho e seu modo de organização dentro do processo de produção da Atenção em Saúde, da Formação de trabalhadores e da Produção de Conhecimento.

É no contexto dessas considerações mais amplas que situamos o presente projeto matricial (temático) sobre o processo de produção saúde-adoecimento-Atenção (s-a-A). Especificando, agora, o campo da subjetividade e do sofrimento psíquico como nosso foco. Suas transformações recentes e, particularmente, suas proposições ético-políticas, efeitos também do referido protagonismo social do Setor, deixam aberta a pertinência para pesquisas amplas e sistematizadas, que objetivem agregar conhecimento em termos teóricos e técnicos dentro dos novos paradigmas em construção. Na sua dimensão epistemológica trabalhamos, a princípio, com os saberes que compõem o campo da Saúde Mental, com destaque para a psicanálise (Julien, 2002), o Materialismo Histórico (Althusser & Badiou, 1979) e a Análise de Instituições (Lourau, 1975).

Fundamentos teórico-metodológicos e éticos: definições necessárias

Projeto matricial (temático)

Trata-se, neste caso, de um projeto matricial cuja função é congregar e coordenar a ação conjunta de vários pesquisadores sobre diferentes aspectos inter-relacionados da situação da “Saúde Mental” num determinado Território municipal. Optou-se pela matriz “processo de produção saúde-adoecimento-Atenção”, por constituir o âmbito mais geral, mas ainda operacionalizável, no qual estão dialeticamente conjugados os processos de produção da saúde e adoecimento, bem como da Atenção. E por estarmos situados entre as instituições de Saúde e a Universidade, e por reconhecermos as exigências da Atenção segundo a ética em que a concebemos, percebemos a necessidade de agregar o outro elo da produção envolvida em nossa práxis: a formação de trabalhadores-pesquisadores e a produção de conhecimento. Nossa matriz ficou, então, obrigatoriamente composta pelo processo de produção de saúde-adoecimento-Atenção-formação-produção de conhecimento (s-a-A-f-pc). Pretende-se manter em pauta a questão do exercício interdisciplinar e transdisciplinar. O termo transdisciplinar, já muito em voga no vocabulário da “Saúde Mental”, requer elucidação urgente.

Intercessão e Dispositivo Intercessor (DI)

Intercessão se contrapõe especificamente à intervenção³ e à tutela. O intercessor é um coadjuvante nos processos de que participa. Seu lugar é imprescindível, porém necessariamente contingente e localizado. Não cabe ao intercessor decidir a pertinência ou não da Intercessão em determinada situação ou processo. Veremos, ao longo deste projeto, que a situação de Intercessão é suficientemente complexa a ponto de justificar o termo dispositivo.

Por que a Atenção em saúde Mental, definida fora do princípio doença-cura, a Formação concebida na práxis, fora do saber universitário e a Produção de Conhecimento, só podem constituir uma Intercessão? Para tanto, seria necessário problematizar o Discurso da Universidade, tal como definido por Jacques Lacan (1992).

³ [Nota dos editores]: Quando o autor contrapõe os termos “Intercessão” e “Intervenção [disciplinar]”, temos que deixar claro que esta última não se confunde com a noção de “Intervenção” presente no Método Cartográfico (Passos, Kastrup & Escóssia, 2009), que estaria mais próxima da ideia de “Intercessão”. Mais recentemente, para evitar essa confusão, ao se referir ao avesso dialético da “Intercessão”, nosso coletivo de trabalho tem preferido falar em “intromissão”.

Intercensões e análises sobre o Processo de Produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num Território municipal: produção de novas tecnologias para a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde

Essa questão só ganha sua necessária ressonância se compreendermos que nessa noção de Atenção, se trata de sustentar processos de produção pelos sujeitos do sofrimento, ou seja, a produção do saber e do poder em sua “existência-sofrimento” na relação com a sociedade (Rotelli et al., 1990; Costa-Rosa, 2013); nessa noção de Formação, o referencial de conceituação são as metodologias ativas, ou seja, sujeitos formando-se na ação, teoria e prática embrenhadas; finalmente, na produção de conhecimento trata-se de fazer a crítica da divisão do trabalho como separação entre saber e fazer ou pensar e executar, isto é, compreender a pesquisa e a formação de pesquisadores fora do discurso Universitário. Veremos que estar fora do discurso universitário implica em realizar uma importante “passagem de discurso”, ou seja, efetuar uma importante revolução na forma do laço social, no modo de produção de saber e de pesquisadores.

O Dispositivo Intercessor (DI) é o modo de agir na práxis comum respeitando os limites dados pelos impossíveis freudianos: impossível governar, impossível ensinar, impossível psicanalisar (Freud, 1996). É também uma forma de produção de conhecimento, e de pesquisadores, sustentando a meta radical da formação em ação e da produção de conhecimento capazes de subverter a lógica da divisão do trabalho do Modo Capitalista de Produção.

Na construção do DI estamos pautados nos conhecimentos do materialismo histórico e da psicanálise, onde a noção de intercessor já é antiga, embora não designada desse modo. Mais recentemente devemos avanços importantes, capazes de fundamentar essa noção, a Jacques Lacan, para quem o saber do Outro é essencialmente determinante (Lacan, 1987); e a Boaventura de Souza Santos (2000) para quem todo o conhecimento só é válido se constituir, antes de tudo, autoconhecimento.

A produção de Formação pode ilustrar inicialmente a lógica e a ética do “método” intercessor. É importante assinalar que aí a formação se dá em dois planos absolutamente relacionados, porém com especificidades próprias. Produzir saber na ação para a ação. Trata-se de formar para a práxis, aprendendo com, e para, as exigências teóricas dela, compreendendo que não há prática sem saber correspondente capaz de responder satisfatoriamente à sua complexidade (com isso mudando em ação a concepção do que são os “técnicos” e interferindo na primeira forma da divisão técnica, parcelada, do trabalho, manifesta em “fazer versus pensar/saber”). A formação de pesquisadores, ou seja, de produtores de conhecimento também se dá em ação, isso já é, de certa forma, tradicional; aqui, porém, o “método” intercessor propõe uma variação radical: trata-se de produzir saber

sobre o processo de produção do saber na práxis, ou seja, um saber sobre o processo de produção do saber na ação/para a ação; não mais um saber para a prática, mas um saber sobre os processos de Intercessão no processo de produção da própria práxis (como integração fazer-saber). Eis a segunda forma de interferir na superação da divisão técnica do trabalho: colocar o saber como tarefa exclusiva do intelectual profissional versus o saber como guia para a práxis e um saber como Intercessão no processo de sua produção, neste caso, um saber sobre como (ajudar a) saber fazer.

Em outros termos, neste projeto matricial pretende-se demonstrar que o intercessor não é um intelectual profissional, mesmo considerando que este tenha atenuado sua figura, assumido as vestes do “intelectual orgânico” (Gramsci, 1976) ou do ator da “pesquisação” muito em voga a partir da década de 1980 (Barbier, 1985, 2004; Thiollent, 1994), ou mais recentemente do interventor-pesquisador da Hermenêutica Dialética (Minayo, 2000; Aguiar & Rocha, 2007). Neste ponto, os conceitos de “saber em intensão” – na práxis; e “saber em extensão” – saber sobre o saber na práxis (Julien, 2002) nos serão de grande valia para designar e deslindar esses dois modos de saber na práxis. A princípio podemos afirmar que existe um saber da práxis propriamente dita (práxis que inclui o intercessor, nesse caso encarnado em um agente) e um saber do intercessor sobre seu lugar, função, finalidade e ética na práxis – portanto, um saber da práxis de Intercessão. Como se pode notar não há aí lugar para o saber dos mestres, donos de saberes-complemento, nem de interventores, a qualquer pretexto que seja; só há lugar para intercessões, e estas, por definição, são demandadas.

A partir da distinção desses saberes se vislumbra que o intercessor é +1 (mais um, e não simplesmente um a mais) no momento da produção do saber em intensão, na práxis. Questão espinhosa continua sendo a de como ele vai parar lá; em outros termos: “o que é um intercessor?”. Certamente ele não vai produzir a Intercessão por nenhum tipo de voluntarismo, só pode tratar-se de uma questão da divisão social do trabalho, portanto não mais de divisão técnica.

Um segundo aspecto que se vislumbra a partir da distinção dos saberes é: o intercessor é +1, mas também é “outro”, porque está interessado na relação com o saber em extensão, ou seja, naquela práxis que até aqui tem sido definida como pesquisa e elaboração de conhecimento (Jimenez, 1994). É preciso acrescentar que o conceito de intercessor procura pensar a produção do saber no contexto dos coletivos sociais, pois para a ética do Dispositivo Intercessor, os processos de produção dos “modos de andar a vida” (Canguilhem, 2005) são, por definição, sempre coletivos. A especificação desses processos de produção é algo que se tenta realizar neste projeto matricial, sob o prisma dos processos de produção s-a-A-f-pc. A descrição da especificidade e da complexidade da produção de saber e conhecimento, bem

como dos outros processos de produção, no Dispositivo Intercorrador é um dos objetivos fundamentais deste projeto matricial; portanto, outros esclarecimentos poderão ser acrescentados, à medida que pudermos ir avançando em nossa conceituação.

Processos de subjetivação

Os processos de subjetivação e suas relações com a clínica no campo da subjetividade e dos impasses da realidade psíquica podem ser apreendidos através das problemáticas psíquicas. Sobretudo daquelas que constituem momentos de intensidade extrema, dentro dos processos de resposta mais amplos aos impasses sofridos pela realidade psíquica, na relação necessária desta com a realidade social que os sujeitos compartilham⁴.

Os processos de produção saúde-adoecimento-Atenção (s-a-A) e Atenção-formação-produção de conhecimento (A-f-pc)

O processo de produção s-a-A a partir do vértice da Atenção

O fato de que o vértice da Atenção seja comumente tomado pelos Trabalhadores de Saúde Mental (TSM) como meio de compreensão e de ação sobre o processo de produção s-a-A, é consequência do próprio fato de que tanto os trabalhadores quanto as instituições de Atenção já sejam um efeito da Demanda Social. Dito de outro modo, para os TSM é difícil escaparem à contradição social maior que os determina: são trabalhadores da doença. Sua presença, e sua composição como conjunto, o estado da sua formação profissional, a ética que os congrega quanto ao resultado de suas ações, são uma resposta aos efeitos maiores dessa Demanda Social, que se expressam em queixas e demandas por Atenção à saúde. Os TSM, e suas instituições como resposta, supõem necessariamente a mediação da ideologia e do imaginário social que vigem no momento e no contexto históricos em que são constituídas tais instituições. É isso que lhes dá a consistência de dispositivos de produção das respostas socialmente pedidas e concedidas em termos da Atenção. Tais respostas à Demanda Social são, também, dialeticamente articuladas, no PEH, sob o qual se organizam as sociedades de

⁴ [Nota dos editores]: considerando-se a instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade (Costa-Rosa, 2013).

democracia representativa, cujo modo principal de produzir e consumir se expressa no MCP (Costa-Rosa, 2013; Lourau, 1975; Portelli, 1977).

Compreendida essa necessidade estrutural da Atenção como vértice da ação no MCP, pode-se afirmar que desse ponto se vê e se opera a produção da saúde como Atenção. Só, às vezes, também como saúde propriamente dita, porém nesse caso apenas de modo secundário, ou seja, podem realizar-se algumas daquelas ações chamadas de promoção de saúde.

Sob o vértice da Atenção também se pode operar sobre os processos de produção do adoecimento e suas condições específicas no Território. Consideramos que aqui os meios imediatamente à mão se iniciam pela aquisição de conhecimentos sobre o processo do adoecimento. Ações no terreno da prevenção têm aqui sua oportunidade, ainda que não sem antes se designar claramente sua coerência com o Paradigma Psicossocial, pois, o tema da Prevenção no campo do sofrimento psíquico tem precedentes nada recomendáveis, a ponto de sua possibilidade ter sido totalmente negada por muitos, o que parece, no mínimo, incoerente. Ainda sob o vértice da Atenção podemos, e até devemos, contribuir para fomentar ações intersetoriais capazes de influenciar diretamente o próprio estado da saúde; mas não resta dúvida de que essa também é uma ação secundária quando sua origem é o vértice da Atenção, ou seja, quando é uma ação de TSM.

Desse modo é possível perfazer um primeiro movimento de análise das três voltas que compõem a espiral do processo de produção s-a-A. Na realidade, como vimos, trata-se da espiral como é possível realizá-la do lugar estrutural de TSM, mesmo neste momento histórico da Reforma Sanitária (RS) e da Atenção Psicossocial. Nesta podemos ver que o discurso (como enunciado ideológico) procura se encaminhar para considerar como vértice principal, estrutural, da ação, o processo de produção da saúde como tal, embora as práticas ainda permaneçam, sob a inércia do instituído, condicionadas ao vértice da Atenção. É claro que se trata menos de negar a pertinência de práticas de Atenção do que de pôr em questão seu lugar estrutural no processo de produção da saúde.

Mesmo concebendo a saúde e sua produção como processo complexo que inclui os fatores promotores positivos do “modo de andar a vida” (Canguilhem, 2005), não se pode ignorar que o que congrega historicamente os Trabalhadores da Saúde (TS) e os TSM é o adoecimento, alguns de seus fatores produtores e seus efeitos persistentes. Os efeitos de adoecimento constituem também o início lógico da gênese das instituições de tratamento – consequência da definição de instituição como efeito da Demanda Social, mediado pela ideologia e o imaginário.

Analisando o processo s-a-A pelo vértice da Atenção, a primeira constatação é que a definição principal de saúde produzida pela VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ainda

Intercorrões e análises sobre o Processo de Produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num Território municipal: produção de novas tecnologias para a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde

está historicamente soterrada, em benefício da definição negativa dominante, que considera a saúde, essencialmente, como supressão do adoecimento e, portanto, um efeito direto da Atenção. Não é preciso dizer que os sociólogos da Saúde têm feito fortuna criticando o engodo dessa definição de saúde; os próprios trabalhadores da Saúde têm uma longa trajetória de insurgências políticas e de práticas inovadoras em outra direção. Essa constatação não deixa dúvida de que a crítica ao processo de produção da saúde pela aposta principal na produção de Atenção deve ser a primeira ferramenta adquirida para começar a compreender os limites (e as limitações) da concepção do processo s-a-A, partindo desse vértice. E como é limitada a capacidade de dar respostas baseadas nela que sejam mais que paliativas.

Numa segunda constatação, contudo, não deixamos de perceber a importância da incidência das ações de Atenção. Embora elas ocupem um lugar logicamente segundo, não deixam de ser determinante fundamental para o estado do processo s-a-A, uma vez que incidem diretamente sobre efeitos estruturais de produção de adoecimento inerentes ao modo da produção social (MCP). É necessário compreender também que os efeitos mais radicais que podemos empreender, do lugar de trabalhadores da Saúde, no processo s-a-A, estão limitados por essa pertinência ao âmbito da Atenção. Daí a importância de reconhecermos a especificidade política e, conseqüentemente, estratégica de cada elo do processo.

Neste momento histórico, entretanto, a Atenção tem um lugar estratégico, e também deve ser analisada à luz dessa posição. A razão inicial da sua importância está determinada por seu lugar de vértice de ação dos trabalhadores da Saúde neste momento, decorrente do modo dominante da organização das práticas: curativistas, medicocentradas (Discurso Médico e interprofissionalidade taylorista) e fundadas em uma definição de saúde já superada no Discurso Oficial para o setor Saúde, mas ainda plenamente praticada – saúde entendida, sobretudo, como efeito das práticas de Atenção à saúde. A importância da Atenção à saúde, atualmente, também sofre os efeitos de outra circunstância importante, cuja gênese está no PEH que governa a própria sociedade e o campo da Saúde (Portelli, 1977; Luz, 1979; Costa-Rosa, 1987). Ou seja, à Demanda Social, expressa nas demandas de ajuda para curar doenças, responde-se com recursos numa proporção sempre aquém do necessário. Isso gera uma característica que talvez seja a mais pregnante na imagem do sistema de Saúde (de Atenção) – sua insuficiência quantitativa, fazendo também com que nela se avolumem encomendas imediatamente não respondidas, e outras que provavelmente nunca serão: as famosas filas de espera e as agendas de retorno com intervalos de muitos meses.

A partir da VIII CNS, um dos efeitos principais do Movimento da Reforma Sanitária brasileira, um passo gigantesco foi dado, ainda que arcando com as heranças do Paradigma Flexneriano dominante (Mendes, 1999): acrescenta-se, de modo a superpor a essa definição de saúde como Atenção, a definição de “saúde como modo de andar a vida” (Canguilhem, 2005) – definição tributária de uma série de condições que deixam inequívoca a necessidade ética de ações capazes de inverter as práticas na direção da produção da saúde como tal. Não há dúvida de que essa nova definição de saúde como “modo de andar a vida” (Canguilhem, 2005) inclui, por sua vez, o processo de produção do adoecimento e suas condições específicas naquele determinado Território municipal, bem como o processo de produção das práticas de Atenção; entretanto, estas devem estar taticamente situadas como fatores coadjuvantes. De passagem é importante sublinhar que, dadas às características do PEH, a saúde não pode ser entendida apenas como processos envolvendo o corpo e a psique. Dado que tais processos em seu estado atual passam inevitavelmente pela luta e pela conquista, é necessário que a própria definição de saúde passe a incluir a luta por saúde como um dos fatores essenciais da sua composição e produção.

A partir de agora, portanto, podemos designar o lugar lógico da Atenção dentro do paradigma que é nomeado “Paradigma da Produção Social da Saúde”, em contraposição ao seu “outro”, designado como “Paradigma Assistencial Privatista Medicocentrado” (Mendes, 1999): trata-se de um lugar importante, porém secundário em relação às ações complexas e multi-setoriais da produção da saúde. Vale a pena insistir no esclarecimento de um aspecto fundamental das práticas propriamente ditas de produção de saúde, a fim de evitar mal-entendidos ainda comuns: estas não são essencialmente executáveis do vértice da Atenção, a não ser na figura daquilo que é, na maioria das vezes eufemisticamente, designado como “promoção” nas ações dos trabalhadores da Atenção.

Não deve deixar dúvida, também, o fato de que estas considerações visam muito mais separar o joio do trigo do que menosprezar o lugar fundamental da práxis de Atenção como componente do processo de produção saúde-adoecimento-Atenção neste momento histórico da sociedade brasileira. Pretendemos contribuir para a orientação das práticas que pretendam tomar o rumo da Reforma Sanitária e seus desdobramentos no campo psi.

O processo de produção s-a-A pelo vértice da produção da saúde

Olhemos, agora, o processo de produção s-a-A, do vértice da saúde. Ao se conceber a saúde, mesmo em sua especificidade psíquica, como a define a VIII CNS percebe-se que ela só pode ser um efeito das próprias condições da produção da sociedade em sua organização

complexa; vemos que ela se identifica inequivocamente com o “modo de andar a vida” (Canguilhem, 2005); percebemos, ainda, que a saúde também inclui, no seu processo de produção, os efeitos do processo de produção da Atenção – a princípio como processo de ação sobre o adoecimento, sobre os determinantes deste, e sobre os efeitos persistentes do adoecimento: reabilitação. Insistimos na crítica das já referidas ações “promocionais”, em verdade mais um discurso sobre a promoção, que pretendem fazer-se passar por produção de saúde. Um dos riscos desastrosos em que elas algumas vezes incorrem, tentando alinhar-se com uma espécie de ideologia anti-doença, é eludir a inevitabilidade, mesmo contingente, da própria Atenção.

Nessa concepção de saúde como efeito de um processo de produção para além da Atenção cabe compreender, sobretudo, a sua relação, geralmente sintônica, com os demais processos de produção social da vida humana no Território; mesmo que, fato notável, o campo da s-a-A demonstre potência e ação de protagonismo para questionar e transformar os outros aspectos da produção social (Luz, 1979; Teixeira, 1995; Costa-Rosa, 2013).

Demonstra-se, portanto, que o processo de produção da saúde compõe outra volta da espiral do processo s-a-A, cuja especificidade deve ser reconhecida a fim de evitar equívocos contraproducentes na organização das estratégias orientadas pela ética dos interesses socialmente subordinados no PEH neste momento histórico. Compreendemos mais facilmente o erro de confundir as ações de promoção que podem e devem ser realizadas a partir do vértice da Atenção com aquilo que é essencial na produção de saúde num dado Território, e cujo vértice de ação não pode caber aos TSM como tais.

O processo s-a-A visto do vértice do adoecimento

Façamos, finalmente, o exercício de tentar desenhar a espiral do adoecimento pertencente ao processo s-a-A, que estamos analisando. Percebemos que, como nos outros dois vértices, também aqui se deixam ver, de imediato, relações com a saúde e com a Atenção. Remetamo-nos ao essencial: saúde e adoecimento, como sabemos não são dois estados; velho tema das análises sociológicas precursoras no campo da Saúde (Canguilhem, 1985). Daí deduzimos facilmente que o processo de produção do adoecimento é um estado particular do próprio processo de produção da saúde.

Essas evidências mostram a falácia do isolamento radical dos fatores que produzem saúde e adoecimento, embora possa haver situações em que seja estratégico distinguir e mesmo isolar alguns deles.

Mesmo que esta análise possa ser generalizável em vários aspectos, relembramos que nosso objeto é o campo da subjetividade e da realidade psíquica, mesmo sem esquecermos a indissociabilidade da saúde psíquica da saúde ampla. Dada a especificidade do campo psíquico e a ética da Atenção Psicossocial, também é preciso lembrar que nossa concepção do adoecimento já não cabe nos parâmetros do princípio médico doença-cura. Torna-se mais apropriado o conceito de “processos de subjetivação e dos estados desses processos”. Estes é que serão considerados como importantes fatores do “modo de andar a vida” (Canguilhem, 2005). Ou seja, são os modos dos processos de subjetivação e os impasses, mesmo os desastres, que vão poder ser referidos ao estado de saúde-adoecimento no campo psíquico (Costa-Rosa, 2013).

Feita essa primeira observação importante, notamos que o estado do adoecimento também pode ser um efeito importante, e às vezes mesmo direto, dos modos do processo de Atenção: tanto pelas ações de tratamento quanto pela ausência delas, e mesmo por ações iatrogênicas. Basta lembrarmos o mais evidente: os efeitos consensualmente considerados iatrogênicos do PPHM: institucionalismo e medicalização. Isso parece suficiente para indicar um aspecto importante da sobredeterminação do adoecimento pela Atenção. Entretanto não podemos deixar de ver – efeito de transparência da análise estrutural – que o adoecimento é determinado, em última instância, pelo modo dos processos sociais complexos de produção e organização social da vida no Território.

Quando se trata dos impasses da subjetividade, e do sofrimento psíquico, sabemos que não é possível deixar de fora da consideração dos fatores de adoecimento uma série complexa de variáveis relacionadas com as condições que os próprios indivíduos têm de responder às crises e contradições que os atravessam e nas quais são atravessadores. E no cerne dessa possibilidade de responder, decorrente do próprio processo de subjetivação constitutivo da subjetividade de cada um, devemos situar, ainda, “aquilo que sucede a alguém por acaso (...) essa oferta do real que é o acaso” (Soler, 2007, p. 233).

No contexto da subjetividade e da “realidade psíquica”, que constitui nosso interesse direto, tomamos como hipótese de partida a importância crucial das informações sobre as modalidades de ocorrência do adoecimento, ainda que lidas a partir das demandas espontâneas; sobre seu montante, incidência e prevalência no Território – enquanto não podemos avançar para uma “escuta” e uma observação, mais planejadas, das condições

Intercessões e análises sobre o Processo de Produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num Território municipal: produção de novas tecnologias para a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde

intervenientes no “modo de andar a vida” (Canguilhem, 2005). Essa leitura, como vimos, decorre do paradigma em ação na práxis da Atenção, e de suas consequências.

Ainda considerando a análise das demandas espontâneas, são fundamentais os estudos que procurem mapear possíveis fatores de adoecimento presentes no Território. Quanto a esse aspecto, é preciso um cuidado especial, tendo em vista as quimeras em que a questão do sofrimento psíquico tem sido encerrada, ao ser considerada sob os prismas estritamente médicos. Destes, o preventivismo marcou época, agregando à consideração da questão da prevenção, por si mesma já suficientemente complexa, um amplo conjunto de falsos impasses. Prevenir virou sinônimo de controlar; daí, às estratégias críticas, só restava banir toda e qualquer prevenção. Parecia não se ver que, então, só restaria “remediar”, ou seja, medicalizar.

Considerando a urgência de intervir nos processos de produção do adoecimento, será necessário lançar mão de um conjunto de métodos à disposição, para conhecer o “perfil epidemiológico” do Território como, por exemplo, o “diagnóstico rápido do Território”. Neste projeto matricial pretendemos concretizar esse objetivo, a fim de demonstrar a efetividade dessa leitura do Território, principalmente na práxis do processo s-a-A, redefinindo o perfil da Atenção aos impasses psíquicos, e na formação de “novos trabalhadores” de Saúde Mental para o SUS, dando sustentação à meta de formação dos trabalhadores, em ação.

Objetivos

Objetivo geral

Construir, implantar, coordenar e avaliar o projeto matricial (temático) “Intercessões e análises sobre o Processo de Produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num Território municipal: produção de novas tecnologias para a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde” no campo da Saúde Mental Coletiva, relacionando as três funções da Universidade – assistência [extensão], ensino e pesquisa – envolvendo professores-pesquisadores, alunos da graduação (Iniciação Científica) e da pós-graduação⁵ (mestrado e doutorado). Pretende-se abordar de modo integrado os aspectos principais do processo de produção da saúde-adoecimento-Atenção, num Território municipal; e os

⁵ [Notas dos editores]: Segundo demanda o Dispositivo Intercessor, é necessário ressaltarmos que estes pesquisadores devem ser, antes de qualquer coisa, trabalhadores já inseridos em um “campo-Intercessão”.

aspectos do processo de produção da formação de trabalhadores de Saúde Mental (TSM) e da pesquisa. No cerne desse objetivo geral está a meta de contribuir para transição paradigmática na produção das práticas de Atenção: promovendo a Estratégia Atenção Psicossocial; e na produção de conhecimento: exercitando a produção de um saber não-universitário e sua auto-reflexão crítica.

Objetivos específicos

1. Definir as bases conceituais e especificar o âmbito territorial concreto em que ele será implantado (modo e conceito da pesquisa, conceito de Território, conceito de integralidade, conceito de Saúde, conceito de formação, conceito de pesquisa ...).

2. Definir as possibilidades iniciais dos subprojetos que o comporão e seu escopo mais amplo, com seus respectivos objetivos, metas e pesquisadores.

3. Especificar as diretrizes metodológicas e éticas que deverão ser parâmetros para os diferentes projetos de pesquisa, isto é, definir o Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento e de pesquisadores: “Intercessão-Pesquisa”. Elaboraremos um trabalho para publicação sobre essa definição.

4. Definir uma ordem de prioridades de abordagem daquilo que estamos conceituando como campo de referência para a ação-reflexão (Intercessão-Pesquisa). Ou seja, definindo nossa referência como processo de produção s-a-A-f-pc, qual será a ordem lógica e a ordem histórica, sincronia e diacronia, de abordagem de ação-reflexão desse campo-Intercessão exigida pelo método dialético?

Decorre da ética que primeiro está a ação-reflexão – consequência da crítica à divisão técnica do trabalho: saber da práxis na práxis; isso por si também determina que no princípio da produção de conhecimento está a Intercessão na realidade cotidiana, ou seja, não há conhecimento sem transformação, embora a recíproca também seja verdadeira. Em segundo lugar está a reflexão-ação, é um segundo momento lógico da práxis entendida como produção de conhecimento; porém este conhecimento é outro radicalmente diferente do primeiro, isto é, já deverá ter sido assepsiado de seu viés colonizador. Portanto, primeiro ação-reflexão e segundo, reflexão-ação, mas fora do laço social Discurso Universitário (Lacan, 1992) e fora do MCP. Para melhor esclarecer a questão em jogo, vale dizer que há dois campos superpostos, relacionados, mas cada um com sua especificidade ética, o campo-Intercessão que envolve o processo de produção s-a-A, e o campo-Intercessão do processo de produção A-f-pc.)

5. Estabelecer a definição preliminar de Saúde com que operaremos no campo da Saúde Mental Coletiva (definição do processo de produção s-a-A). Apoio na VIII CNS e na saúde como estado da subjetividade (Costa-Rosa, 2013). Definir também “produção de conhecimento” com que operamos na formação de pesquisadores na Universidade: apoio na Dialética e na Psicanálise, definindo o Dispositivo Intercorrador como meio de produção de conhecimento e de pesquisadores.

6. Produzir um texto sobre a especificidade do processo s-a-A no Paradigma Psicossocial e sobre a especificidade do processo A-f-pc no Paradigma da Complexidade como a compreendemos, assinalando os primeiros resultados e os primeiros impasses desta pesquisa.

Subprojetos integrados no projeto matricial

1. Fatores da melhora da qualidade de vida e da contratualidade social de sujeitos com sofrimento psíquico grave, vivendo no Território (desdobramento do projeto com essa temática, já realizado em 2007 com bolsa FAPESP, aguardando pesquisador).*

2. Implementação das Redes de Contratualidade Social para a produção da qualidade de vida, por sujeitos com sofrimento psíquico grave (psicoses e compulsões) vivendo no Território (estruturado, para mestrado ou iniciação científica, aguardando pesquisador).*

3. Adolescência em risco e Redes Sociais de Proteção (estruturado em andamento: Silvio José Benelli, pós-doutorado⁶).

4. Formação continuada em Atenção Psicossocial: trabalhadores de Saúde Mental para o SUS (estruturado e com pesquisadores: professores-pesquisadores do “grupo de pesquisa Saúde Mental e Saúde Coletiva” (SM e SC)).

5. A “escuta” do Território municipal pelo “método do diagnóstico rápido” (a estruturar: professores-pesquisadores do grupo de pesquisa Saúde Mental e Saúde Coletiva, junto com estagiários).

6. Os sentidos do conceito de integralidade em Saúde, nas Conferências Nacionais de Saúde, a partir da VIII, nas portarias ministeriais e na literatura atual: contribuições para a Atenção Psicossocial (escrito, sem pesquisador designado).*

⁶ [Nota dos editores]: Trabalho preliminarmente concluído (Benelli 2010).

7. Saúde Mental e medicalização: o estado da questão no Estado de São Paulo (escrito, em andamento: Ieda G. M. Lamb, mestrado⁷).

8. Criação de um sistema de informações sobre a Saúde Mental, para planejamento de ações e avaliação de seu impacto nas problemáticas psíquicas no Território municipal. Iniciar pela informatização dos prontuários dos sujeitos atualmente em atendimento específico de SM no município (em estruturação e aguardando designação de pesquisador)*.

9. O grupo psicoterapêutico como um dispositivo maior da Atenção Psicossocial: a formação de terapeutas em ação: contribuições da psicanálise de Jacques Lacan (estruturado, em andamento: Nara Prata⁸, mestrado).

10. Psicoterapia psicanalítica na Atenção Psicossocial – os parâmetros do Laço Social Discurso do Psicanalista de J. Lacan: um modo singular da Clínica Ampliada na Atenção Psicossocial (em estruturação, mas já em andamento⁹, graduandos do último ano de Psicologia, SM-SC).

11. Uma experiência de Intercessão com o objetivo de reconstrução do sistema de referência/contra-referência na Atenção às problemáticas psíquicas no contexto da Atenção Psicossocial e da Estratégia de Saúde da Família (estruturado, em andamento, Abílio da Costa-Rosa, em fase de produção do trabalho correspondente à pesquisa e ao escrito).

12. A Estratégia APS (Atenção Psicossocial): transformar-conhecer na práxis diária (estruturado, em andamento: aprimorandos FUNDAP, 2008).

13. Processos de subjetivação e Saúde Mental: narcisismo, misticismo e curas psíquicas (estruturado, em andamento: grupo de pesquisa SM e SC).

14. Atenção ao alcoolista e ao drogadito, em equipe interdisciplinar, a partir da construção e implementação das Redes de Contratualidade Social no Território municipal (em estruturação, mas já em andamento: Edgar¹⁰, mestrado).

15. Duas experiências de Análise Institucional: transformar e conhecer coincidem no Paradigma Psicossocial – contribuição à formação continuada para a construção da Estratégia APS (estruturado, em andamento: doutores-pesquisadores do grupo SM e SC - Abílio Costa-Rosa, Cristina Amélia Luzio e Silvio Yasui).

16. A relação entre modalidades de ação e escuta para a construção de projetos terapêuticos na práxis das equipes interprofissionais da Atenção Psicossocial – desenvolvimento de novas tecnologias para a Atenção ao sofrimento psíquico grave no SUS (provisório, Renner).

⁷ [Nota dos editores]: Trabalho preliminarmente concluído (Ieda, 2008).

⁸ [Nota dos editores]: Trabalho preliminarmente concluído (Pratta, 2010).

⁹ [Nota dos editores]: Trabalho preliminarmente concluído (Périco, 2014), e em andamento (Périco, 2016).

¹⁰ [Nota dos editores]: Trabalho preliminarmente concluído (Rodrigues, 2010).

Intercessões e análises sobre o Processo de Produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num Território municipal: produção de novas tecnologias para a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde

17. Atenção Integral e projetos terapêuticos singulares na Estratégia de Saúde da Família: o vértice da subjetividade e do sofrimento psíquico (provisório, Andréia).

18. A Intercessão-Pesquisa na produção de diretrizes políticas para a Saúde Coletiva associando o método do Planejamento Participativo (Liamar, doutorado)

19. Análise crítica da Luta Antimanicomial, novas figuras do manicômio: segregação e medicalização. (Abílio Costa-Rosa, trabalho em andamento).

(*) sem pesquisador designado

Dois campos de ação distintos inter-relacionados: frentes principais deste projeto temático

Tendo designado os dois processos inter-relacionados: processos de produção saúde-adoecimento-Atenção (s-a-A) e Atenção-formação-produção de conhecimento (A-f-pc), parece estratégico indicar como cada bloco de subprojetos se relaciona mais diretamente com cada um desses processos, ou com cada uma de suas espirais: s-a-A-f-pc. Cada um dos subprojetos que compõem o projeto matricial tem seus objetivos e metas, certamente relacionados com os objetivos e metas do projeto matricial: a) processo de produção de saúde: 1, 2, 3, 5, 17; b) produção de adoecimento: 5, 8, 15, 18; c) produção da Atenção: 4, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 17, 18; d) produção da formação de psicólogos e TSM: 4, 10, 12, 15, 17; e) produção de conhecimento: todos, inclusive o projeto matricial.

O conceito de Intercessão-Pesquisa é o nó fundamental que articula todas as espirais do processo complexo s-a-A-f-pc e é um articulador dos demais subprojetos relacionados. Eis aqui, designados, claramente, os objetivos do projeto matricial. Ele tem suas metas próprias, mas estas são compostas, principalmente, pelas metas dos projetos que o compõem.

Outro modo de examinar a inter-relação dos processos centrados na Instituição de Saúde Mental e na Instituição Universidade é considerando as frentes principais deste projeto temático: a) produção de sistemas de informação para planejamento e avaliação das ações de Atenção, através de um primeiro panorama das problemáticas, elaborado com dados das demandas espontâneas (conhecimento das condições de produção de saúde-adoecimento): 5, 8; b) formação continuada em ação sobre temas cruciais exigidos pela nova Estratégia da Atenção Psicossocial, surgidos a partir da prática cotidiana dos TSM. E desenvolvimento de novos dispositivos da clínica na Atenção Psicossocial, dispositivos de planejamento e gestão por e para trabalhadores, poder público e população: 4, 9, 10, 11; c) novas figuras do

manicômio: medicalização, nova figura do “controle”. Compreende-se também que uma radiografia da situação do uso de medicamentos relacionados ao sofrimento psíquico é imprescindível para a análise do estado do processo de produção s-a-A: 7, 18; d) produção de conceitos-ferramentas, operadores maiores do planejamento e da prática diária da Atenção Psicossocial. Como, por exemplo, “Integralidade, um conceito fundante da nova Estratégia da Atenção Psicossocial”: 4, 5, 6, 11, 12, 16, 17; e) formação continuada em ação (Atenção Psicossocial, Estratégias de Planejamento e ação territorial). Consolidar a assimilação crítica de conceitos-ferramenta sintônicos com a Atenção Psicossocial: integralidade, escuta (conceito central da clínica), Intercessão, Intercessão-Pesquisa, saber-em-ação, formação continuada; entre outros: 14,12, 11.

Pretendemos dar destaque a um dos operadores mais caros à ética da Atenção Psicossocial: qualidade de Vida e “poder de contratualidade”, em sua relação com a Atenção e suas modalidades, e com a textura das redes sociais de inclusão e produção do poder de contratualidade social. Por excluir todas as formas de clausura, a Atenção Psicossocial procura dar atenção destacada à produção e implemento de redes sociais de inclusão e de produção de contratualidade, como formas de produção de Atenção, mas antes de mais nada como meios de produção de saúde, portanto, extrapolando por completo o âmbito da produção da Atenção: 1,2,3.

Metodologia

Definição do “método” de análise

Parte-se da análise da realidade vivida nos processos de sua transformação, estes é que são tomados como contexto da produção de conhecimento. São considerados o campo epistemológico e ético definido como Intercessão-Pesquisa. Trata-se de pensar a produção de dois modos do conhecimento: o que é inerente aos contextos da Intercessão, como conhecimento em ação e produzido pelos sujeitos da práxis, mesmo nas situações em que esta seja práxis de transformação do sofrimento; e aquele que pertenceria ao intercessor-pesquisador – neste último caso trata-se de pensar a pertinência de um conhecimento produzido pelo intercessor, a partir dessa dimensão específica de sua inserção; certamente o saber do intercessor, como tal, é um saber sobre (como) saber. Nomeamos também essas duas dimensões como intensão e extensão, conforme a psicanálise de Jacques Lacan (Julien, 2002); e saber na ação e saber como guia para a ação, conforme a sociologia de Boaventura de Souza Santos (1996, 2000).

Intercessões e análises sobre o Processo de Produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num Território municipal: produção de novas tecnologias para a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde

Associamos à primeira dimensão o Dispositivo Intercessor e à segunda, o Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento.

Dado ser a Saúde o campo específico de nossa análise, cabe notar que essa realidade também se desdobra em dois aspectos, cuja percepção é decisiva. Temos um campo da Produção Social da Saúde, definição de saúde que está de acordo com a VIII CNS, em contraposição à definição comum da saúde como práticas de Atenção, que está na base das práticas do Paradigma Assistencial Privatista Medicocentrado (Mendes, 1999); o mesmo ocorre com a definição de saúde psíquica, também produzida socialmente e correspondente ao paradigma da Atenção Psicossocial, em contraposição à definição de saúde do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (Costa-Rosa, 2000, 2013; Amarante, 1996), que a toma como efeito das práticas da Atenção e seus agentes.

Definição do conceito de Intercessão (Dispositivo Intercessor) e do Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento (DImpc)

Procuramos iniciar a elaboração dos fundamentos teórico-epistemológicos que nos ajudem na crítica à divisão do trabalho na práxis da “Saúde Mental”, conforme o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM); e à divisão do trabalho na práxis da produção da “Pesquisa Universitária”, conforme o Discurso da Universidade (Lacan, 1992). Essa crítica tem objetivos práticos imediatos: contribuir para podermos avançar numa das metas importantes deste projeto matricial, que se propõe a juntar a práxis do campo da Saúde, a produção de saber e de pesquisadores, e a formação de psicólogos e de outros TSM; designadas na tripla função da Universidade.

Este é um aspecto essencial por ser o alicerce ético-político de todo o projeto matricial e seus subprojetos. Por isso aprofundar a fundamentação e elaboração do conceito de Dispositivo Intercessor (DI) e de Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento (DImpc) é um dos seus objetivos fundamentais.

De imediato podemos propor a hipótese de que o DI e o DImpc sintonizam com a tripla função da Universidade: assistência [extensão], ensino e pesquisa, e são capazes de propor uma articulação complexa dessa tripla função, colocando a Universidade no patamar mais alto de sua responsabilidade social, e permitindo que ela se (re)conecte de modo efetivo com aspectos fundamentais da Demanda Social – recalcados – que lhe deram origem: os interesses socialmente subordinados no PEH.

O modo como se articulam esses três aspectos da Universidade também deverá ser realizado segundo a ética do Paradigma Psicossocial (PPS) como modo da assistência (Atenção). Pois bem, a ética do PPS propõe a alternatividade das características, dos meios e dos fins da tripla função da Universidade.

Devemos agora especificar nossa análise para a práxis da Psicologia, uma das disciplinas que compõem esse campo interdisciplinar da Atenção Psicossocial, a fim de mais concretamente compreender os diferentes aspectos da alternatividade.

Alternatividade ao saber de caráter exclusivo ou predominantemente universitário no sentido do laço social Discurso Universitário; discurso no qual a consistência do saber é enciclopédica, por isso ele é autônomo e torna-se agenciador do aluno para a adesão aos “significantes mestres” que reinam nas teorias em questão. Tal saber também compartilha a lógica da divisão técnica do trabalho do MCP e seus efeitos (Braverman, 1977), reproduzindo sua contradição fundamental – fazer versus saber. A situação torna-se ainda mais complexa já que a Universidade tem duas linhas de produção básicas: produzir técnicos e produzir pesquisadores – além de sua meta de produzir o conhecimento de que necessita a sociedade – portanto, já nisso deixa clara sua adesão à referida contradição fundamental do MCP.

Alternatividade à pedagogia que Paulo Freire (1996) elucidou e definiu como bancária – que tende a fazer do professor e do aluno objetos e não os sujeitos principais da ação. Alternatividade às práticas de Atenção ao sofrimento psíquico, ainda fundadas ou extremamente apegadas ao princípio doença-cura, pautadas na ética do cuidado ou mais ou menos cristianizado (Rotelli, 1990; Boff, 2004). Alternatividade dos meios, ativos; o sujeito como agente – mesmo ali onde ele aparece inicialmente agenciado estrutural ou conjunturalmente.

Alternatividade dos fins; estes deverão incluir a consideração, interrogação e proposições sobre os efeitos imediatos e circunscritos, porém, sobretudo, deverão incluir um compromisso com a ética de abertura dos sujeitos para o desejo e o devir sociais. Os sujeitos são aqui considerados em diferentes posições e funções: tanto alunos/aprendizes, intercessores terapeutas/aprendizes, professores/aprendizes (ensinar a aprender supõe reaprender a ensinar), sujeitos das demandas de Intercessão. Esses pedidos de Intercessão, na estratégia política da Intercessão-Pesquisa, remetem sempre às pulsações da Demanda Social e “do inconsciente” – demandas nas quais os demandantes muitas vezes comparecem na posição de objetos, posição, como vemos, compartilhada com os demais participantes do processo de produção (A-f-pc).

Neste primeiro momento de elucidação da articulação do DI com a tripla função da Universidade já se desvela que o campo da Intercessão em que se situa o presente projeto

Intercensões e análises sobre o Processo de Produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num Território municipal: produção de novas tecnologias para a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde

matricial supõe dois processos interconectados: s-a-A-f-pc. Portanto a Atenção, no contexto da práxis da Universidade em que ela se dá, constitui um elo entre dois processos de produção; no caso, um elo que faz intersecção.

Portanto cabe tentar elucidar como o Dispositivo Intercessor, e seu desdobramento específico de meio de produção de conhecimento, poderão ser capazes de conectar, a cada momento, cada elo desse processo com toda a corrente que o constitui, de modo a precaver-se quanto à reprodução das contradições essenciais dessa corrente. Dito de outro modo, como definir e exercer a Atenção na instituição de Saúde Mental, incluindo os processos de produção da saúde e os da produção do adoecimento; e como definir e exercer a Atenção na Universidade, incluindo os processos da formação de trabalhadores para a práxis e da produção de conhecimento (na práxis e sobre a produção na práxis) sem reproduzir o MCP e o Discurso Universitário?

O desafio é, sobretudo, mostrar como no DI podem articular-se os processos de produção dependendo da necessidade estratégica de nos situarmos, da perspectiva de cada um desses dois processos (s-a-A e A-f-pc), ou da perspectiva de qualquer subprocesso componente.

A “Pedagogia Universitária” da disciplina que nos concerne (Psicologia) poderia centrar a ênfase em qualquer elo do processo de produção A-f-pc, porém o mais comum é que se detenha no ensino, produção de trabalhadores técnicos de nível superior para as instituições da produção geral, da Pedagogia e da Saúde, e para a prática liberal privada; ou na pesquisa, produção de professores-pesquisadores, especialistas do Saber Universitário para a reprodução da divisão técnica do trabalho na sociedade. Na Universidade a Atenção, como se vê, fica subordinada à formação e à produção de conhecimento. Entretanto a alternatividade paradigmática do DI exige que a práxis da Atenção subordine logicamente os outros dois processos de produção, sob pena de não escapar também à reprodução do MCP. De passagem, é preciso assinalar que, do mesmo modo, também a produção da saúde deve subordinar a produção da Atenção no processo de produção s-a-A. A Atenção subordina ou é subordinada conforme o sentido em que caminhamos no processo mais amplo s-a-A-f-pc.

O modo como se conceber a saúde e sua relação com o adoecimento influenciará o modo de exercer a Atenção, etc.; isso, por sua vez, irá determinar decisivamente o modo como exerceremos a formação e a produção de conhecimento. O modo como concebermos a formação e a produção de conhecimento irão influenciar a Atenção; conforme suas modalidades, esta poderá ter diferentes retornos sobre a produção da saúde – mas só na parte

que lhe cabe, isto é, sob o prisma de ações realizadas do vértice da Atenção – e do próprio adoecimento. Finalmente, o modo como concebermos o saber e o conhecimento, bem como sua produção, irão influenciar a Atenção e seus efeitos.

Destacamos a importância do saber e dos processos de sua produção e das necessárias sintonias – como exigência estratégica e ética – dentro dos dois processos de produção, ou melhor, dentro dos dois dispositivos institucionais de produção: instituição de Saúde e instituição de Formação.

Neste ponto da reflexão vislumbramos outro quiasma entre dois processos de produção. A intersecção desvelada agora está situada, mais especificamente, entre os processos de produção de saber e conhecimento nas práticas de produção de saúde, mais especificamente sob o vértice da Atenção, no dispositivo instituição de Saúde Mental; e os processos de produção de saber, nomeados como pesquisa, realizados pelo dispositivo instituição de Formação.

O esclarecimento e designação dessas relações e da especificidade do saber em ação já serão capazes de nos fornecer um guia fundamental para a ação – designando o que se define como uma práxis: prática contendo uma produção imanente de saber, pelos sujeitos da práxis; e o que se define como pesquisa nesse contexto “metodológico”: produção de saber sobre a produção dessa práxis, ou seja, de saber sobre os processos de produção do saber-fazer/fazer-saber, que é a práxis. Creio que é possível vislumbrar que está em questão a crítica à divisão do trabalho na produção de conhecimento no campo da Saúde Mental, desdobramento, como não poderia deixar de ser, da divisão do trabalho na produção do conhecimento em geral, este por sua vez, também desdobramento da divisão social do trabalho no Modo Capitalista de Produção.

Ao mesmo tempo, o esclarecimento e designação da especificidade desses processos de produção de saber, bem como das diferentes relações entre eles, irão permitindo delinear os primeiros fundamentos do **Dispositivo Intercessor e sua vertente de meio de produção de conhecimento**, que configuram nosso “método” de ação.

De imediato revela-se outro aspecto crucial da situação: o que é um intercessor no campo da Saúde, quais as razões éticas de sua presença na práxis dessas instituições (junto a TSM e sujeitos das demandas de ajuda) e na práxis da produção de conhecimento sobre a práxis dessas instituições? As respostas a essas questões terão seu lugar determinado quando definirmos, ao final de nossa elaboração teórica, a metodologia intercessora e a ética que dão sustentação a este projeto matricial.

Análises

Intercessões e análises sobre o Processo de Produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num Território municipal: produção de novas tecnologias para a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde

Haverá uma análise global dos resultados das pesquisas sob o contorno do projeto matricial, seguindo seus principais objetivos e metas; e também análises particularizadas de cada subprojeto de Intercessão-Pesquisa; seguindo sempre a metodologia da Intercessão-Pesquisa como guia fundamental¹¹.

Referências

- Althusser, L., & Badiou, A. (1979). *Materialismo histórico e materialismo dialético*. São Paulo. Global.
- Aguiar, K. F., & Rocha, M. L. (2007). Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(4), 648-663.
- Amarante, P. D. C. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocuz.
- Barbier, R. (1985). *A pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Barbier, R. (2004). *A pesquisa-ação*. Brasília: Liber Livros.
- Benelli, S. J. (2010). *Cartografia das instituições de Assistência Social a crianças e adolescentes num município do interior do Estado de São Paulo* (Tese de pós-doutorado não-publicada). Programa de Pós-doutorado em Psicologia e Sociedade, Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil.
- Braverman, H. (1977). *Trabalho e capital monopolista*. Rio de Janeiro: Zahar.

¹¹ [Nota dos editores]: Tais trabalhadores foram reunidos num coletivo de trabalho denominado Laboratório transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em processos de subjetivação e “subjetividade/saúde” (LATIPPSS). As reuniões de trabalho do LATIPPSS (Costa-Rosa, 2010/2019) foram realizadas regularmente entre os anos de 2010 a 2018, sempre com a presença inspiradora do Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa, incluindo o Dr. Silvio José Benelli como colaborador permanente, bem como diversos orientandos de Iniciação Científica, de mestrado e de doutorado de ambos os docentes. Esse coletivo de trabalho foi muito fecundo para a elaboração do Dispositivo Intercessor e na formação de psicólogos psicossociais.

- Brousse, M.-H. (2003). *“O inconsciente é a política” – Seminário Internacional*. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise.
- Boff, L. (2004). *Saber Cuidar – ética do humano, compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Canguilhem, G. (2005). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Constantino, E. P. (2007). *Percursos da pesquisa em psicologia*. São Paulo: Arte & Ciência.
- Costa-Rosa, A. (1987). *Saúde Mental Comunitária: análise dialética de um movimento alternativo* (Dissertação de mestrado). IP/USP, São Paulo, SP, Brasil.
- Costa-Rosa, A. (1999). Modo Psicossocial: um novo paradigma nos tratamentos psíquicos em saúde coletiva. *Revista Vertentes*, 5(1), 11-22.
- Costa-Rosa, A. (2000). O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: P. D. C. Amarante. *Ensaio: subjetividade, Saúde Mental, Sociedade* (pp.141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Costa-Rosa, A. (2013). A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade. In A. Costa-Rosa. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva* (p.55-90). São Paulo: Unesp.
- Costa-Rosa, A. (2019). Carta de Fundação do “Laboratório Transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e ‘SubjetividadeSaúde’”. *Revista de Psicologia da UNESP*, 18 (n.spe), 5-8.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra.
- Freud, S. (1996). Prefácio a juventude desorientada, de Aichhorn. In Freud, S. *Obras completas*. (pp. 305-310), v. XIX. Rio de Janeiro: Imago.

Intercorrões e análises sobre o Processo de Produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num Território municipal: produção de novas tecnologias para a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde

Gonzalez Rey, F. L. (Org). (2005). *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia*. São Paulo: Thompson Learning.

Gramsci, A. (1976). *Maquiavel, a política e o estado moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Jimenez, S. (1994). (Org.). *O cartel: conceito e funcionamento na escola de Lacan*. Rio de Janeiro: Campus.

Julien, P. (2002). *Psicose, perversão, neurose: a leitura de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Lamb, I. G. M. (2008). *A prescrição de psicofármacos em uma região de Saúde do Estado de São Paulo: análise e reflexão sobre uma prática* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Assis, SP, Brasil.

Lacan, J. (1987). Saber, verdade, opinião. In J. Lacan, *Seminário 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (pp. 22-40). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1978).

Lacan, J. (1992). *O Seminário, livro 17. O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lourau, R. (1975). *Análise Institucional*. Rio de Janeiro: Vozes. (Obra original publicada em 1970).

Luz, M. T. (1979). *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.

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

Melman, C. (2003). *O homem sem gravidade: gozar a qualquer preço*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

- Melman, C. (2004). *A neurose obsessiva*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Mendes, E. V. (1999). *Uma agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Mezan R. (1998). *Escrever a clínica*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Minayo, M. C. S. (2000) *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucutec-Abrasco.
- Mondoni, D., & Costa-Rosa, A. (2010). Reforma Psiquiátrica e Transição Paradigmática no Interior do Estado de São Paulo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 39-47.
- Morin, E. (2006). *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (2000). *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade.
- Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (2009). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Périco, W. (2014). *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, SP, Brasil.
- Périco, W. (2016). *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, UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Mimeografado.
- Portelli, H. (1977). *Gramsci e o bloco histórico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Pratta, N. (2010). *O grupo psicoterapêutico na abordagem lacaniana: um estudo a partir da análise de uma prática*. 2010 (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de

Intercorrões e análises sobre o Processo de Produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num Território municipal: produção de novas tecnologias para a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde

Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP, Assis, SP, Brasil.

Rodrigues, E. (2010). *Oficina terapêutica e um caso de alcoolismo* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Unesp, Assis, SP, Brasil.

Rotelli, F. et al. (1990). *Desinstitucionalização*. São Paulo. Hucitec.

Santos, B. S. (1996). *Pela mão de Alice, o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez.

Santos, B. S. (2000). *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez.

Soler, C. (2007). *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Zahar.

Teixeira, S. F. (Org.). (1995). *Reforma Sanitária, em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez.

Thiollent, M. (1994). *Metodologia de pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez.

Recebido em: 13/09/2019

Aprovado em: 15/11/2019