

## CONCEPÇÕES DE REDE E ESTRATÉGIA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DIFERENÇAS, CONTRADIÇÕES E (INTER)CONEXÕES

The concepts of network and strategy in psychosocial care: differences, contradictions and (inter)connections

Maico Fernando Costa<sup>1</sup>

---

Artigo encaminhado: 20/02/2015  
Aceito para publicação: 28/07/2017

**RESUMO:** Propomos com este trabalho um diálogo sobre a interface Rede e Estratégia na Atenção Psicossocial, no tocante as práticas de escuta aos sujeitos do sofrimento. Perguntamos se nos é válido atuar sob as proposições de Rede, ou de Estratégia na Atenção Psicossocial. Esse será o nosso ponto de partida para problematização dos Modos de Produção que operam nesses conceitos, e, o conflito entre os paradigmas que norteiam as práticas de trabalho neste contexto. É devida a fundamental clareza paradigmática, para que possamos apreender os efeitos de nossas participações como trabalhadores nos processos de saúde-adoecimento-Atenção no campo da Saúde Mental Coletiva. As legislações regulamentadas nos fornecem subsídio para uma prática de Atenção, não tão alienante junto aos sujeitos em seus impasses psíquicos. Assim, é de extrema urgência que levantemos algumas lebres desses textos que versam sobre as Redes, como forma de ultrapassar os protocolos, sem deixarmos é claro de nos servir deles. A ideia de Rede na Saúde Mental e no campo da Saúde como um todo, legitimada nos textos acadêmicos, deriva de uma inscrição regulada em normativas, artigos e incisos pelo Estado; sinaliza o que está dado, e, a rigor, está em execução, é fortuita para que possamos agir com as táticas que derivam da Estratégia Atenção Psicossocial. Na construção de dispositivos que se operacionalizarão dos buracos deixados pelo Paradigma Hospitalocêntrico Medicalizador, a Ética do Sujeito do Inconsciente principia assegurar um indivíduo (mais o inconsciente) capaz de criar vínculos múltiplos, a partir da implicação subjetiva e sociocultural no território.

**Palavras-Chave:** Rede. Estratégia Atenção Psicossocial. Saúde Mental Coletiva. Sujeito.

**ABSTRACT:** We are proposing with this work a dialogue about the interface Network and strategy in the psychosocial attention, in relation to the practice of listening to subjects of pain. We ask if is valid to us act under the preposition of network, or the strategy in the psychosocial attention. This will be our starting point for the problematization of ways of production that operate in these concepts, and, the conflict between the paradigms that guide the practice of the work in this context. It is due the fundamental paradigmatic clear, for we must impound the effect of our participations like workers, in the process of health-sick-Attention in the field of Collective Mental Health. The regulated legislation provide to

---

<sup>1</sup> Doutorando em Psicologia e Sociedade pela UNESP – FCL/Assis-SP. Mestre em Psicologia e Sociedade pela UNESP – FCL/Assis-SP. Psicólogo pela UNESP – FCL/Assis-SP. Aprimoramento em Saúde Mental e Saúde Pública pelo Departamento Regional de Saúde – IX Marília-SP. maicofernandodd@gmail.com

us the subsidy to a practice of Attention, not too much alienated between the subjects in their psychical impasse. Thus, it is of extreme urgency that we raise some points of these texts that talk about the network, like a way to exceed the protocols, without let, of course, of supporting at them. The idea of network in the Mental Health and in the field of all health, legitimized in the academic texts, derive of the inscription regulated in normative, articles and clauses by State; signalize what is gave. And, strictly speaking, is in execution, fortuitous for that we can act with the tactics derived of psychosocial attention strategy. In the construction of gadget that will operationalise in the gaps let by the Paradigm Hospital centric of medical practicing, the inconscience ethic of the subject principal to ensure a individual (more the inconscience) capable of create multiples links, by the implication subjective and cultural social in the territory.

**Keywords:** Network. Psychosocial Attention Strategy. Collective Mental Health. Subject.

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Níveis de atenção

A ideia de rede tão discutida entre as políticas e os trabalhadores da Saúde é um conceito amplamente difundido nas Ciências Sociais e em especial na Antropologia (ENNE, 2004). Conforme Portugal (2007), a etimologia da palavra nos conduz a um trajeto que tem sua história desde o século XVII, pressupõe as inter-relações sociais entre grupos, pessoas, articulando-se e rearticulando-se numa teia que se tece à medida que as relações acontecem (ENNE, 2004; PORTUGAL, 2007). E são essas as conexões que estendidas à esfera legislativa estatal e governamental, terão sua legitimidade junto às instituições públicas no Brasil.

Na Saúde Pública a Rede de atendimento se nomeia como um conjunto de *Estabelecimentos* institucionais distribuídos em *equipamentos*, e que, necessariamente, precisam estar interligados para o seu funcionamento. Em termos de especificidade de tratamento, está inserida na política articulando-se entre os níveis de complexidade da Atenção: Primária, Secundária e Terciária da Saúde (BRASIL, 1990; 2001; 2011), com adstrição em meio a outras Redes de Assistência às Políticas Públicas, salvaguardadas em legislação (MENDES, 2011). No campo da Saúde Mental isso não é diferente, com a particularidade que a recepção é para os sujeitos que vivenciam um sofrimento psíquico, que, por hipótese, seus *dispositivos*<sup>2</sup>, deveriam funcionar de forma articulada no território

---

<sup>2</sup> Os conceitos, de Dispositivo, Estabelecimento e Equipamento aqui utilizados advêm da Análise Institucional (cf BAREMBLITT, 1994). Em linhas gerais, Estabelecimento é uma das unidades que compõem, e materializam, a instituição. Por exemplo, o CAPS constitui-se como unidade, dentre os demais

quando no atendimento aos casos que chegam. Antes de falarmos propriamente de como essa noção de Rede se dá em nível legal e da Política Pública no cotidiano da Saúde Mental, um percurso é necessário quanto ao que temos de registros históricos da compreensão (e manejo) que se teve do sofrimento psíquico no passar dos séculos.

A Atenção ao sofrimento psíquico ao longo da história sofreu modulações em seus modos de tratamento. Se na *Nau dos loucos*, em meados dos séculos XV e XVI, a loucura era confundida com os desvios das condutas morais e, por conta destes desvios excluída do convívio social, com o passar do tempo seu tratamento, como forma de resgate de uma sanidade perdida, começa a ser pensado. Das embarcações com passageiros e tripulantes condenados a não ter destino, à manutenção desses em Hospitais, no século XVII, é com Pinel que nasce a Psiquiatria. A doença mental é eleita como preciosidade a ser desvendada em benefício do restabelecimento mental, garantindo à “loucura” um lugar especial nas preocupações dos médicos alienistas (o mais próximo na época do que modernamente consideraríamos um psiquiatra) (FOUCAULT, 1978).

A racionalidade científica moderna inaugurada com as revoluções científicas do século XVI, sobretudo na concepção dualista mente-corpo do *Cogito* Cartesiano, guiará as técnicas de tentativa de cura aos alienados nas instituições asilares (FOUCAULT, 1978). Ora, e não é com o mesmo Pinel e o tratamento moral, que teremos o prenúncio de pensarmos em alguma terapêutica para o sofrimento psíquico? (AMARANTE, 2007). Os sujeitos ficavam aprisionados sob as paredes dos manicômios, sujeitos a métodos nada convencionais de domesticação, a condicionamentos, estímulos e tentativas de extração da doença mental. Acreditava-se que assim seria possível o restabelecimento do “estado normal” da natureza humana. O corpo estava fadado a suplícios que visavam, nada mais nada menos, devolver o indivíduo “recuperado” para as ruas da cidade.

Depois da 2ª Guerra Mundial e do fortalecimento dos Direitos Humanos, em diferentes partes do mundo aconteceram reformas psiquiátricas na pretensão de derrubar os asilos (AMARANTE, 2007; COSTA-ROSA, 2013). A desinstitucionalização serviria, entre outros fins, para proporcionar atendimentos mais humanitários às pessoas que há muito estavam reféns dos muros manicomial. As camisas-de-força e o enclausuramento

---

pontos da Rede de Atenção Psicossocial. Os Equipamentos, operados pelos Estabelecimentos, são procedimentos técnicos referentes à especificidade de trabalho a serviço do Estado. Dispositivos são o avesso dos equipamentos, acentuam-se pela produção atrelada à multiplicidade, fugindo da reiteração tecnicista no trabalho. Não é necessariamente condicionável ao que é institucionalizado. Os dispositivos privilegiam a vida, o que surge como novo [singular] em suas diferenças.

estavam sendo trocados pela “Fraternidade”, pelo “cuidado”, pela Arte, pelo Trabalho e pela Farmacologia.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), de inspiração no movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, também inicia seus movimentos de protesto em favor da destruição e substituição dos Hospitais Psiquiátricos e Manicômios no país (YASUI, 2006; AMARANTE, 2007). O intuito desta “nova” proposta de olhar para fenômenos como a experiência da psicose, assim como se propôs o movimento da Reforma Sanitária mais especificamente no âmbito das condições de saúde em seu sentido mais amplo, trouxe em seu cerne a necessidade de uma estratégia, um diálogo e trabalho em Rede para atender os sujeitos.

Desta forma, entendemos que é preciso um diálogo sobre a interface Rede e Estratégia na Atenção Psicossocial, quando o assunto são as práticas de escuta aos sujeitos do sofrimento. Pretendemos problematizar, verificando os modos de produção que operam nesses conceitos, considerando o conflito entre os paradigmas que norteiam as práticas de trabalho neste contexto (COSTA-ROSA, 2013). Quais as concepções e conexões sobre Rede e de Estratégia encontramos na literatura? O que nos é mais pertinente, falar: em Rede ou em Estratégia Atenção Psicossocial (EAP)?

Exposto o objetivo, realizamos uma revisão bibliográfica, entre artigos e livros, para deslindar os principais trabalhos que aportam considerações sobre o tema em questão. E, como eixo de condução [agenciamento] nas (des)construções de nossa discussão, usamos as tessituras teóricas de Costa-Rosa para o campo da Saúde Mental Coletiva.

## **1.2 Redes, saúde e legislação**

Para adentrarmos a problematização da Rede e da Estratégia existentes para a escuta dos sujeitos em sofrimento psíquico, precisamos introduzir, valendo-nos de Mendes (2011), o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>3</sup>. Estas são definidas como um conjunto articulado de Estabelecimentos distribuídos por níveis de Atenção no território. As RAS no Brasil objetivam garantir a toda a população, em termos de eficiência e qualidade, o atendimento às problemáticas de saúde conforme a demanda em especial de cada um. Utilizando-se para tal, diferentes ferramentas de diferentes densidades tecnológicas no vislumbre de assegurar a integralidade na Atenção.

---

<sup>3</sup>Ao contrário do autor, adotaremos as iniciais maiúsculas dos termos: Redes, Atenção e Saúde. De modo que possamos conferir a cada um deles em destaque, sua singularidade enquanto conceitos.

Dessa definição emergem os conteúdos básicos das RASs: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população (MENDES, 2011, p. 82).

É inegável sua importância na estratégia política de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Mendes (2011) neste mesmo texto: Segundo o autor, nos países onde as RAS possuem um funcionamento efetivo, a qualidade de vida das pessoas é considerada melhor do que naqueles onde as RAS não existem

Estes resultados nos parecem louváveis, mas precisamos ir um pouco mais a fundo em nossas indagações, no que toca a maneira como estamos nos organizando para atender os casos na Saúde Mental Coletiva. Parece-nos que na conceituação dessas Redes, não é dada a devida ênfase para os seguintes questionamentos: qual o nosso referencial para afirmarmos o que é ou não é saúde? E o que estamos considerando como saúde e qualidade de vida?

Em outro texto de Mendes (2006) essas questões são colocadas com maior cuidado, sendo exploradas à luz de uma discussão paradigmática. As ideias sobre morte, vida, cura, bem e mal-estar passam por mudanças, são reconhecidas partindo de uma lógica histórica. “A concepção de processo saúde-doença tem evoluído, consideravelmente, de maior vinculação com as doenças e a morte, isto é, aproximações negativas, até concepções mais vinculadas à qualidade de vida de uma população, um ponto de encontro, um produto social, ou seja, uma aproximação positiva” (MENDES, 2006, p. 235). Tal como nas Formações Sociais<sup>4</sup>, no campo da Saúde Coletiva<sup>5</sup> temos a

---

<sup>4</sup> Expressa concretamente [e materialisticamente] uma sociedade que, na relação do homem com a natureza e dos homens entre si, está constantemente em mudança, seja no seu processo histórico, econômico, cultural ou ainda no político.

<sup>5</sup>Este é um conceito, campo de práxis, utilizado para pensar a Saúde em sua dimensão complexa e não desvinculada do âmbito social. A consideração de uma produção de vida que está intimamente relacionada

existência de contradições, conflitos, paradigmas, modos de conduzir práticas em saúde que convivem e se digladiam constantemente. Tendo em vista estas nuances veremos que a saúde ganhará um significado próprio conforme seu entendimento em cada paradigma.

Nos entendimentos dos processos de saúde-adoecimento encontraremos concepções vigentes em práticas distintas de lidar com a saúde na sua vinculação com a “doença”. E mais, também estarão em jogo a organização da gestão, os processos e os meios (instrumentos-ferramentas) de trabalho utilizados pelos trabalhadores. Temos então, como análise do campo macro na Saúde, a coexistência de dois paradigmas (MENDES, 2006), o primeiro deles, hegemônico, é o Paradigma Flexneriano (PF), no qual a saúde é vista na ausência da doença num mote preventivista, o sujeito é tomado por objeto, predominando os métodos biologicistas e positivistas de intervenção no corpo humano - acometido por qualquer padecimento que seja. Somente o que é passível de observação é legítimo. A estrutura de organização da equipe é hierarquizada e o médico está na posição do principal ator/responsável por gerir os demais trabalhadores nos procedimentos técnicos.

Como emergente e nas brechas do paradigma hegemônico, salta o Paradigma da Produção Social da Saúde (PPSS), na esteira de propor uma gestão mais horizontal de construção dos processos de trabalho em equipe, para além da especialização setorializada dos Estabelecimentos em Saúde. Neste, a saúde não é vista somente como ausência de doença. A qualidade de vida é aceita no âmbito da sua produção em sociedade. Na convivência entre comunidade, família e amigos no território, em todos os espaços podemos pensar em pessoas, sujeitos que se reconhecem em sua [integral] singularidade, como protagonistas/agentes (MENDES, 2006).

No ano de 2011 tivemos a instituição da portaria nº 3.088. A partir dela, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) fica responsável por referenciar a Atenção dos casos de sujeitos em sofrimento psíquico, e que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. A proposta é a existência de serviços descentralizados, responsabilizando os equipamentos de Saúde por estarem em conexão nos seus diversos âmbitos e níveis; construir dispositivos que possam atender os sujeitos do sofrimento na complexidade de seus

---

ao território, os aspectos sociais, políticos, econômicos, afetivos, relacionais e culturais de um povo. E não é só isso, o trabalho na Saúde Coletiva ganha também um estatuto de reconhecimento, sob a égide, do que deve ser múltiplo em sua constituição. A horizontalidade das relações trabalhistas em seus processos de trabalho, assim como a impressão de ideias relacionadas ao trabalho criativo (transformador), a transdisciplinaridade e o coletivo (COSTA-ROSA, 2013; CAMPOS, 2000; LUZ, 2009).

impasses, sob os princípios e diretrizes do SUS. Portanto, o envolvimento com os outros setores de Assistência às Políticas Públicas não é dispensável nas ações de saúde no território (BRASIL, 2011).

Dentre os equipamentos postos na RAPS podemos eleger o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como seu principal dispositivo estratégico (também inserido nas RAAS) para tratar do que se refere aos sujeitos, da irrupção de uma crise, ou de um pleno desencadeamento de uma psicose. O CAPS, desta maneira, é tido como o articulador (referência) da Saúde Mental junto aos Estabelecimentos na Atenção Primária, Secundária e Terciária. Dividindo-se assim, nas modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i, conforme a definição em ordem crescente de porte-complexidade e extensão populacional (BRASIL, 2002).

Notamos nas portarias e lei consultadas, um olhar mais humanizado para os sujeitos, zeloso, parecendo até mais atento a outros aspectos de suas histórias, como por exemplo, à família, o território e os espaços de convivência. No entanto, para nós, isso não é o suficiente, não será em poucos momentos que descobriremos passagens que, sem deixar de falar das garantias fundamentais defendidas nos Direitos Humanos e na Constituição (as quais julgamos ser o mínimo por direito a qualquer cidadão), quando vão citar a população que fará uso dos *dispositivos* ditos, na política, referem-se a ela como um “cuidar de”; “proteger”; “reabilitar”; “reinsserir”.

Nos trechos, facilmente reconhecidos nos textos, o sujeito do sofrimento se encontra numa posição passiva, adoentada, receptiva às ações do profissional da Saúde. As Redes idealizadas nos textos seguem a mesma linha, não falam em subjetividade, e quando falam de intersetorialidade, humanização e território, seus operadores referenciados pouco são atribuídos por um paradigma que não o psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador. Sem contar seus objetos-alvo, definidos como sinais de perigo a serem eliminados, o “crack”, “álcool” e as “outras drogas”.

Olhando de perto acharemos um conjunto de regulamentações que tratam de lugares concretos, responsáveis por acolher a específica demanda. Uma outra pergunta nos cabe: nos prédios representados por Estabelecimentos, quanto ao modo de conduzir a Atenção por parte dos trabalhadores, suas práticas serão muito diferentes dos antigos manicômios e hospitais psiquiátricos? Levemos em consideração a compreensão que estes documentos possuem dos sujeitos: “pessoas com”, “acometidas”, “portadores”, “transtorno mental” (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; BRASIL, 2011).

Não desprezamos a importância dessas legislações, mesmo porque ainda é o que ampara e dá subsídio à viabilidade de uma prática minimamente humana no atendimento aos impasses de ordem psíquica. Estamos somente nos detendo a apontar as lacunas desses discursos, os resquícios que sinalizam e onde subjaz a preponderância do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), a forma mais moderna do Modo Asilar de tratamento (COSTA-ROSA, 2013).

Para vermos o quão sutil é tudo isso, percebemos o quanto as palavras podem dar mostras de maneiras alienantes de agenciar os sujeitos na subjetivação das suas realidades (mostras avessas à criação singular derivada de um impasse no sintoma). Buscamos trabalhos que pudessem explorar o conceito de Rede articulado ao de Estratégia na Atenção Psicossocial, e não encontramos um sequer. Em relação à Rede encontramos uns poucos trabalhos (FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O., 2009; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P., 2006; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K., 2011; MENDES, 2011; MENDES, 2006), dialogando mais detidamente com as legislações e portarias. Todos estes textos, na análise que fizemos, alcançam o sujeito, estritamente entendido por indivíduo, cidadão de direito, mas ainda não chegaram à suposição de um sujeito na relação com o seu desejo - por uma via singular-criativa.

## **2 PARADIGMAS, REDE E DES-ENREDAMENTO**

Saímos em busca de autores que concordassem com a discussão proposta. Percebemos uma leitura um pouco mais diferenciada das outras, que somente se dispunham a comentar os textos normativos (SEVERO; DIMENSTEIN., 2011; DIMENSTEIN; SALES; GALVÃO; SEVERO; 2010). Apesar destes autores falarem em mudanças de paradigmas, não avançam até onde pretenderíamos chegar, para a superação do princípio sujeito-objeto. Ficou difícil encontrarmos uma práxis. Não se sugere um referencial teórico-técnico. A diferenciação paradigmática fica restrita à historiografia dos conceitos.

Outro aspecto notável é o fato de ainda utilizarem termos comungados pelo discurso médico, como por exemplo: *lktadores de transtorno mental e doença menta*. A ideia de Rede nestes artigos, traz nuances de equipamentos de Atenção que se imiscuem nas queixas e com seu ponto de partida no Estabelecimento, não há vestígios de uma escuta dirigida à demanda, nas singularidades das questões de cada sujeito. Em pelo menos um trabalho, com ênfase no uso da locução *sujeito* - ao invés das categorias,



*usuário, doente mental ou transtorno mental* -, enxergamos ressonâncias em relação ao que aqui estamos desenvolvendo. Trata-se de um relato de experiência em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região sudeste no município de São Paulo (CAVINI; ALPIUS; CARVALHO; BELLENZANI., 2008). Os autores falavam de seus manejos no trato com dispositivos ofertados em caráter de oficinas e grupos, de modo a proporcionar espaços de reflexão para os sujeitos, nos coletivos, na família e em suas vidas. Neste ínterim, destacam a importância da atuação do trabalhador de Saúde no campo da Saúde Coletiva. Introduzem interessantes questões, porém, tal como todos os outros textos citados, a discussão limita-se à Atenção centrada na instituição figurada em prédios.

Diferentemente da literatura buscada, pretendemos não pensar o ponto de partida da Atenção ao sofrimento psíquico nos Estabelecimentos. Por isso, é apropriado falarmos dos paradigmas, desses conflitos que existem no cotidiano do trabalho das instituições de saúde mental. Os paradigmas são constituídos por específicas crenças, interesses, valores e uma ética, conduzindo determinadas modalidades práticas derivadas de determinadas teorias. As resultantes destes empreendimentos serão condizentes com seus respectivos modos de operar a produção. Eles se sobrepõem, convivem digladiando-se, e, “como conjuntos ideologicamente articulados de valores e interesses expressos em saberes, práticas e discursos, são sempre, para nós, dispositivos de luta pela hegemonia” (COSTA-ROSA, 2013, p. 78).

No campo da Saúde Mental temos elegido dois paradigmas: o PPHM e seu contraditório [substituto] Paradigma Psicossocial (PPS). Nomeamos o PPHM como o principal representante do MCP no campo da Saúde Mental, em termos amplos (não menos capcioso em suas intenções). Nos CAPS e Hospitais Psiquiátricos é o paradigma que mais reverbera entre os trabalhadores. No PPHM o sujeito é tomado por objeto, visto apenas do ponto de vista da doença. Esta é o principal objeto neste paradigma, possuindo nos fármacos a condição *sine qua non* para o direcionamento da cura.

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 (COSTA-ROSA, 2013, p. 41).

Os referenciais basilares de trabalho dos técnicos são os protocolos nas cartilhas, legislações e manuais DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Acrescentemos a isso, as Redes que, se entrelaçando, mais podem valer para enredar o “sujeito do sofrimento” tomando-o como seu produto, se não nos atentarmos. Além da química não podemos esquecer-nos desta faceta do cuidado, adquirida em alguns lugares, subjugadora e tutelar quando personificada na figura do trabalhador, - aquele que se acredita responsável por salvar/curar o outro de suas agruras -, colocando o sujeito numa condição alheia ao seu lugar no sofrimento. A estrutura em organograma da instituição possibilita fluxos endurecidos de funcionamento, que, pautados na hierarquia das profissões, são centrados substancialmente na liderança dos médicos. A produção de subjetividade serializada (alienada) definitivamente não é privilégio da população atendida, diz respeito também à dos trabalhadores.

O PPS (Paradigma Psicossocial), existe tão-somente como paradigma substituto, atuando nas brechas do instituído. O “Paradigma Psicossocial é uma tentativa de designar as formas de produção das instituições de Saúde Mental capazes de se contraporem dialeticamente à lógica do PPHM” (COSTA-ROSA, 2013, p. 48). Surge como um horizonte ético-político-estético da Atenção Psicossocial, almejando uma escuta que agencie os sujeitos na experiência de seus impasses, para uma produção de subjetividade singularíssima. Nessa perspectiva o indivíduo não é entendido numa posição passiva, no máximo compreender-se-á enquanto sujeito, ator que é na criação dos sentidos diversos relacionados à sua demanda. O trabalhador no PPS é intercessor – fundamentalmente precavido pela psicanálise de Freud e Lacan -, Materialismo Histórico e outros instrumentais (Filosofia da Diferença e Análise Institucional). E ser intercessor, é estar tão somente como co-adjuvante nesses agenciamentos. A cura será um curar-se e não curar o outro (COSTA-ROSA, 2013).

Devemos concordar que a EAP não descarta a concepção de Rede na Atenção Psicossocial. Reconhece a importância dos Estabelecimentos de Saúde Mental, das políticas regulamentadas a partir da criação do SUS, dos direitos constitucionais garantidos por lei à população. Sem essas portarias e leis, muito provavelmente instituições hospitalocêntricas e, interesses alheios aos dos sujeitos do tratamento ainda estariam impunes, funcionando e alimentando o modo iatrogênico de produção de adoecimento. Por outro lado, é de extrema urgência que levantemos algumas lebras destes textos pesquisados, como forma de ultrapassar os protocolos, porém, logicamente,

sem deixarmos de nos servir deles. Antes, não é desperdício tratar de apresentar os alicerces que dão subsídio à materialização da EAP:

Partimos dos quatro parâmetros do Modo Psicossocial, considerados como *configuração paradigmática* mínima das práticas substitutivas em Saúde Mental Coletiva (Costa-Rosa, 2000). Da consideração das transformações nas dimensões epistemológica, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e culturais da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 1995; Costa-Rosa et al., 2003). Da sua consonância com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente a participação popular no planejamento, gestão e controle das instituições de Saúde. Da concepção de integralidade das problemáticas de saúde e da ação territorializada sobre elas (Brasil, 1986). Finalmente, parte-se da tática do matriciamento das ações de Atenção junto aos dispositivos “Estratégia Saúde da Família” e às “Unidades Básicas de Saúde” (COSTA-ROSA, 2013, p. 94, grifo nosso).

Os Estabelecimentos CAPS, os “Ambulatórios de Saúde Mental” (política de Atenção retrógrada e obsoleta, ainda em vigor em muitos municípios), os leitos em Hospitais Gerais, nos planejamentos da EAP, são desconstruídos. E desconstruí-los é superá-los dialeticamente, sem os suprimir; torná-los como parte da estratégia, táticas nas ações integrais de continência às crises. Visando no território, o campo das multiplicidades para os sujeitos nas suas histórias e no seu sofrimento.

Podemos nos autorizar para dizer que os casos não possuem mais a necessidade de serem conhecidos em baixa, média ou alta complexidade, são sempre admitidos na sua mais alta complexidade. O trabalho das equipes de Saúde Mental, “individual ou coletivo, deve ser capaz de desdobrar-se em unidades funcionais integrais, e não apenas integradas, mas programadas para conjugar os aspectos interprofissionais do conhecimento exigido por cada uma das diversas ações” (COSTA-ROSA, 2013, p. 113). A instituição, funcionando nesta peculiar organização, torna-se um intermediário necessário junto à produção de saúde psíquica e subjetividade singularizada; entre as demandas dos sujeitos em sofrimento psíquico e as dos próprios trabalhadores, que devem e poderão refletir acerca de suas práticas e seus limites também como sujeitos.

O método taylorizado de gerir os indivíduos no trabalho alienado sucumbe para dar passagem aos modos de organização do trabalho cooperado, numa relação transformadora (criativa) do artista com a obra, do homem com a natureza, do trabalhador em seus processos de trabalho. Uma gestão horizontal, nosso mote de práxis na Saúde Coletiva, almejará destronar os especialismos de forma a proporcionar um trabalho no

horizonte da transdisciplinaridade. Ou seja, levando em conta como fator essencial a elisão das dicotomias, inerentes aos princípios saber-fazer e doença-cura.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No espaço das Formações Sociais, e aí consideramo-las também por subjetivas, identificamos o polo social dominante representado no PPHM e, o PPS a favor e representado pelo polo subordinado (classe social dominada). Convencionamos a ler as regulamentações, portarias e legislações do campo da Saúde Mental, elas por elas mesmas. Ignoramos o fato de que existem vestígios nestes cumprimentos das normativas, exigidos pela função do Estado, que denotam interesses social e historicamente construídos. Ao lado do polo dominante, o PPHM, através de suas ordens e doutrinas, é o principal representante do MCP. E novamente, não sejamos ingênuos querendo acreditar que as Redes tal como estão circunscritas e formalizadas no papel, não se arregimentam neste paradigma hegemônico. Nestas condições, nossas estratégias não se despontarão em direção ao confronto direto, estarão por entre as brechas.

No plano de análise que se oferece da EAP, a escuta aos impasses psíquicos na irrupção das crises dirige-se à demanda, ao não manifesto dos pedidos queixosos da população adstrita. Consideraremos no PPS, o indivíduo mais o inconsciente, ou seja, o sujeito na relação com o seu desejo [inconsciente]. Ao falarmos em indivíduo estaremos falando do sujeito velado pela alienação, e quando falarmos em sujeito, estaremos nos referindo à mais íntima relação deste com o saber inconsciente, isso que faz pulsar e produzir sentidos no sofrimento.

Voltamos à pergunta que inserimos no início do texto: O que nos é mais pertinente na Atenção ao sofrimento psíquico no campo da Saúde Mental Coletiva, tratarmos de Rede ou EAP? Por enquanto basta-nos dizer que se agirmos com a EAP estaremos manuseando a Rede a partir de um horizonte ético. Uma Ética do Sujeito (Este pode ser mais um nome utilizado para falarmos de outros nomes sintônicos: Ética do Desejo, Ética da Vida, Ética do Singular) que procura assegurar um indivíduo capaz de criar vínculos múltiplos, implicado subjetiva e socioculturalmente ao tecer seus próprios caminhos no território.

## REFERÊNCIAS

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

BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 1994.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. *Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências*. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Lei n. 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. Diário Oficial da União, seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336/GM*, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em: 07 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 3.088/2011* –, preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Brasília; MS, 2011.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2):219-230, 2000.

CAVINI, P. N.; ALPIUS, A.; CARVALHO, A. O. C.; BELLENZANI, R. *Grupo de Cuidadores e Oficina Lúdica como estratégia de atenção psicossocial à população infanto-juvenil: relato de experiência de equipes de saúde na rede básica*. *Psic. Rev. São Paulo*, volume 17, n.1 e n.2, 141-160, 2008.

COSTA-ROSA, A. *Redes de contratualidade social em sujeitos do sofrimento psíquico grave: integrando a Estratégia Saúde da Família e Estratégia Atenção Psicossocial no Território*. 2008b, mimeo.

\_\_\_\_\_. *Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

\_\_\_\_\_. *A Estratégia Atenção Psicossocial: novas contribuições*. In: *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

\_\_\_\_\_. *A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade*. In: *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma*

Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

\_\_\_\_\_. Modos de produção das instituições na Saúde Mental Coletiva: efeitos na terapêutica e na ética. Ou a subjetividade capitalística e a Outra. In: *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

DIMENSTEIN, M.; SALES, A. L.; GALVÃO, E.; SEVERO, A. K. *Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [ 4 ]: 1209-1226, 2010.

ENNE, A. L. S. *Conceito de rede e as sociedades contemporâneas*. Comunicação e Informação, V7, nº 2: pág 264 - 273. - jul./dez.2004.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. *Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?* Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):129-138, 2009.

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

FREUD, S. O inconsciente (1915). In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

LACAN, J. *O Seminário, Livro 5 (1957-1958): As formações do inconsciente (1957-58)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LUZ, M. T. *Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática*. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.2, p.304-311, 2009.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da Saúde. In: \_\_\_\_\_. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*, 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. *Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial(CAPS) do Sistema Único de Saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai, 2006.

PORTUGAL, S. *Contribuições para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica*. Oficina do CES, nº 271, 2007. Disponível em: [www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/271/271.pdf](http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/271/271.pdf). Acessado em: 26 out. 2014.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. *Rede e Intersetorialidade na Atenção Psicossocial: contextualizando o Papel do Ambulatório de Saúde Mental*. PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2011, 31 (3), 640-655.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. 2006. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.